

EVALUACIÓN DE MEDIADOS DE PLAZO

DE LA

INICIATIVA DE MORTALIDAD MATERNA
DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Por:

Frank Sullivan
Gloria Metcalfe
María Elena Casanova

Presentado por:

LTG Associates, Inc.
y
TvT Associates, Inc.

Presentado a:

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Bajo contrato No. HRN-I-00-99-00002-00

Diciembre de 1999

MEDS

Monitoring Evaluation & Design Support

La evaluación de medidos de plazo de la Iniciativa de Mortalidad Materna en la América Latina y el Caribe se preparó bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) según los términos del Proyecto de Monitoreo, Evaluación y Apoyo de Diseños (MEDS), Contrato No. HRN-I-00-99-00002-00. Las opiniones expresadas aquí son las de los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de LTG Associates, TvT Associates o la USAID.

Se puede obtener información acerca de esta y de otras publicaciones de MEDS de:

Monitoring, Evaluation and Design Support (MEDS) Project
1101 Vermont Avenue, N.W., Suite 900
Washington, D.C. 20005
Teléfono: (202) 898-0980
Facsímil: (202) 898-7820
Correo electrónico: ltg@earthlink.net

SIGLAS Y TÉRMINOS

AIEPI	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ALC	Oficina para América Latina y el Caribe
AOBE	Atención Obstétrica Básica de Emergencia
AOE	Atención Obstétrica Esencial
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CHS	Centro de Servicios Humanos (URC)
EE	Ejercicio Económico
FUMEF	Fundación para las Mujeres de Edad Fértil
G/PHN	Oficina para los Programas Mundiales, Apoyo e Investigación de Campo, Centro de Población, Salud y Nutrición
IEC	Información, Educación y Comunicación
IMMAL	Iniciativa de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe
IR	Resultado Intermedio
JICA	Organismo de Cooperación Internacional del Japón
JSI	John Snow, Internacional
Lps.	Lempiras; moneda hondureña (valor actual: Lps. 100 = +/- \$ 14,00)
MS	Ministerio de Salud
MotherCare	Proyecto de Salud Materna de John Snow
POC	Organismo de Cooperación
OE	Objetivo Estratégico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OVP	Organización Voluntaria Privada
PGC	Proyecto de Garantía de la Calidad (URC)
PRODIM	Programas para el Desarrollo de la Infancia y la Mujer (ONG hondureña)
PTS	Plan de Trabajo Semestral
Sacoa	ONG boliviana
SMI	Salud Materno-Infantil
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URC	University Research Corporation
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

ÍNDICE

SIGLAS Y TÉRMINOS

RESUMEN EJECUTIVO	i
I. INTRODUCCIÓN.....	1
A. Antecedentes de la Iniciativa.....	1
B. Finalidades de la evaluación.....	5
C. Procedimientos de campo.....	5
D. Composición del equipo de evaluación.....	6
II. CONCLUSIONES DE DISEÑO.....	9
A. Marco de resultados	9
B. Temas de diseño conceptual.....	10
C. Temas de diseño técnico	14
D. Temas de diseño de IEC.....	15
E. Aspectos de implementación.....	15
F. Resumen.....	15
III. CONCLUSIONES DEL PROGRAMA.....	17
A. Logro del objetivo estratégico.....	17
Visión holística.....	17
Necesidades no atendidas.....	19
Información no disponible de datos confiables de AOE.....	20
Proveedores de AOE.....	21
B. Análisis de los Resultados Intermedios.....	23
Resultado Intermedio 1: Mejorar el reconocimiento y la respuesta de las comunidades a las emergencias obstétricas	23
Resultado Intermedio 2: Mejorar la calidad de la atención en el primer nivel de derivación.....	29
Resultado Intermedio 3: Mejorar el entorno de política	38
C. Interacción de política/campo	47
D. Resumen.....	49
VI. CONCLUSIONES DE GESTIÓN.....	51
A. Iniciación.....	51
B. Financiamiento.....	51
C. Comité Directivo de Washington.....	52
D. Foros regionales	53
E. Comunicación.....	53
F. Coordinación.....	54
G. Planificación y notificación.....	55
H. Monitoreo y evaluación.....	56

Monitoreo y evaluación de los objetivos estratégicos.....	57
I. Difusión y documentación.....	62
J. Personal.....	63
K. Gestión de recursos	64
L. Dispersión geográfica.....	64
V. CONCLUSIONES	65
A. Conclusiones generales.....	65
B. Atención obstétrica esencial.....	66
C. Cuatro prioridades obstétricas y el sistema de AOE.....	67
D. Diálogo de política/campo	67
E. Operaciones.....	67
F. Observaciones de países seleccionados.....	68
G. IEC y participación comunitaria	69
H. Necesidades no atendidas.....	69
I. Factibilidad del aumento en escala o sustentabilidad.....	70
VI. RECOMENDACIONES	71
A. Direcciones actuales.....	71
B. Direcciones futuras.....	79
ANEXOS	
A: Memorando de Acción de la IMMAL.....	85
B: Alcance del trabajo.....	91
C: Marco de resultados de los objetivos estratégicos y cuadros de indicadores.....	101
D: Calendario de viaje del equipo.....	121
E: Cuestionarios de evaluación.....	125
F: Lista de entrevistas.....	131
G: Historias personales de los integrantes del equipo de evaluación.....	137
H: Cuatro casos clínicos.....	149
I: Cartas del equipo de evaluación producidas durante el viaje.....	153
J: Bibliografía.....	167
K: Indicadores sugeridos para el monitoreo y evaluación del PGC.....	175
L: Sugerencias en el informe de datos de base del PGC (Ecuador)	179
M: Diagrama de AOE.....	183
CUADROS	
1: Comparación de diversos resultados intermedios de la IMMAL.....	11
2: Diferencias en la formulación de indicadores del RI de la OPS.....	38
3: Presupuesto y gasto acumulativo calculado hasta el 30 de septiembre de 1999 (Fondos de la USAID en miles de dólares estadounidenses).....	52

RESUMEN EJECUTIVO

Los antecedentes de la Iniciativa de Mortalidad Materna de América Latina y el Caribe (IMMAL), datan de hace más de una década. En diciembre de 1996, la Oficina para América Latina y el Caribe de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) presentó esta iniciativa a cinco años dotada con 4,5 millones de dólares estadounidenses. El Objetivo Estratégico (OE) encara una entrega más eficaz de la atención obstétrica esencial (AOE). La IMMAL tiene tres Resultados Intermedios (RI). El RI 1 encara el aumento de la capacidad de las comunidades para reconocer y responder a las complicaciones relacionadas con el embarazo mediante el acceso a los servicios de salud. El RI 2 encara el desarrollo, la puesta a prueba, la evaluación y la difusión de los enfoques para mejorar el uso de los protocolos, las normas y las pautas al primer nivel de la derivación obstétrica. El RI 3 encara los aspectos de la implementación intensiva de la atención obstétrica esencial (AOE) del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Se le otorgó una subvención a la OPS para trabajar en el RI 3, que consiste en el desarrollo de políticas y el aumento de concientización en 11 países meta. Se agregaron fondos de apoyo de campo a la Oficina para los Programas Mundiales, Apoyo de Campo e Investigación, Centro para la Población, la Salud y la Nutrición (G/PHN), dentro del contrato con el Centro de Servicios Humanos de la University Research Corporation para el Proyecto de Garantía de Calidad (PGC) para implementar actividades en la mejora de atención obstétrica, RI 2, en tres países piloto. Se le emitió a John Snow, International (JSI)/MotherCare una orden para promover las actividades comunitarias, RI 1 así como el desarrollo de materiales de información, educación y comunicación (IEC), también en tres países piloto.

Se realizó una evaluación a mediados de plazo para estudiar si el Marco de Resultados era válido y para examinar los logros de la iniciativa. Se realizó trabajo de campo durante un período de 6 semanas a partir de agosto de 1999, incluyendo viajes a cuatro países participantes en la IMMAL: Ecuador, Perú, El Salvador y Honduras.

En lo referente a **los resultados del diseño**, la IMMAL tuvo un comienzo algo extraño porque no contaba con el Documento del Proyecto, tuvo un inicio escalonado y tuvo tres organismos de implementación y diversos mecanismos de contratación. Pese a los considerables esfuerzos para superar estos obstáculos, la iniciativa carece todavía de claridad conceptual en elementos críticos. Esto ha dejado a los ejecutores de la IMMAL sin la orientación necesaria para sopesar opciones técnicamente complejas acerca de cuáles de las muchas actividades y estrategias aconsejables deben proseguirse. Además, cada socio era responsable en forma individual de un RI que produjera líneas claras de responsabilidad pero esto ha contribuido a una separación indebida entre los tres componentes.

Las conclusiones al nivel de Objetivo Estratégico indican que hay cuatro temas de la atención obstétrica esencial que no están aún incluidos en el paquete de resultados de la IMMAL. Los ejecutores de la iniciativa podrían llegar a familiarizarse más con modelos de servicio fuera del área del proyecto, orientados por los principios holísticos. Podrían estar encarando necesidades no atendidas en algún aspecto de la programación actual. Se podría llevar a cabo una mejor recopilación de datos. La iniciativa podría comenzar a fijarse más en el personal que está realmente prestando la mayoría de la atención obstétrica en los establecimientos de salud.

Las conclusiones del RI 1 demuestran que en un país piloto, la IMMAL está logrando avances sustanciales al aumentar el porcentaje de adultos que pueden indicar los signos de peligro durante el embarazo y que manifiestan la intención de usar los servicios en caso de emergencia obstétrica. Además, se están registrando avances en la preparación de planes comunitarios de evacuación de emergencia y una mejora en los vínculos entre grupos comunitarios y los trabajadores de salud. En otros países piloto, la calidad de los materiales de información, educación y comunicación (IEC) es alta; sin embargo, las demoras en la ejecución demuestran que la movilización de las comunidades no ha avanzado mucho.

Los resultados del RI 2 demuestran que en un país piloto se está dando el aprendizaje en el desarrollo, la puesta a prueba y la difusión para mejorar el uso de los protocolos, las normas y las pautas y se están registrando ganancias significativas, repetibles en la mejora de la atención obstétrica esencial. En otro país, se logran menos ganancias, aunque se están registrando actividades para mejorar la recepción y el flujo de pacientes. Es esencial que exista un compromiso muy activo de parte del Ministerio de Salud (MS) con el proceso de mejora; donde esto exista, probablemente se registrarán ganancias. Además, algunos proyectos parecen abordar temas obstétricos tangenciales más que los importantes. Para encarar esto, podría ser útil que además se hiciera énfasis en las cuatro emergencias obstétricas importantes: la hemorragia, la septicemia, la hipertensión y la eclampsia y las obstrucciones en el parto.

Las conclusiones del RI 3 demuestran que se han logrado ganancias sustanciales en el apoyo político de alto nivel para reducir la mortalidad materna a nivel de país. Se está logrando un avance adecuado en lo referente al análisis de las estrategias y de los cambios de política legislativos y reglamentarios; sin embargo, hay que reforzar los comités coordinadores de país. La mejora de la comunicación entre los gerentes de programa de país de la OPS y miembros del personal del programa regional mejor informados son áreas en las que deben esperarse mejoras. Además, excepto en los casos aislados, el personal de la OPS parece estar interesado en la formulación pura de políticas y desconectado de lo que sucede en el campo. Se le debe dar amplia difusión a los casos en donde la IMMAL ha sido exitosa. Además, se les debe dar mayor atención de política a los temas que constituyen el núcleo central de los objetivos estratégicos, o sea la visión holística, las necesidades no atendidas, la mejora en los datos obstétricos y en la capacitación obstétrica para las enfermeras y las auxiliares de enfermería.

Las conclusiones de gestión analizan la iniciación y las implicaciones escalonadas de los logros después de un año y medio de operaciones en el campo. También se analizan los gastos, el funcionamiento de comités coordinadores, los foros regionales, la comunicación y coordinación, la notificación, el monitoreo y la evaluación, la difusión, el personal y la dispersión geográfica. En términos generales, la iniciativa ha estado bien supervisada. Se sugieren mejoras en la comunicación, la coordinación y la notificación.

Se presentan **nueve recomendaciones** para la iniciativa actual. Se debe mantener el Marco de Resultados a pesar de los puntos débiles. Sin embargo, las necesidades de atención obstétrica esencial necesitan estar articuladas en forma más clara. Se debe promover que haya más interacción entre la política y el campo. Debe mejorarse la comunicación entre los socios de la iniciativa y deben reactivarse los comités permanentes de mortalidad materna a nivel nacional. Es necesario volver a poner la atención en el papel de la comunidad en la atención obstétrica esencial. Debe mejorarse la notificación de la OPS, y se podrían distribuir los fondos con destino específico de país para lograr una mayor repercusión. También se brindan varias recomendaciones operativas para cada país visitado.

Se formulan **tres recomendaciones** en lo referente a las direcciones futuras posibles: cada ejecutor de la IMMAL podría empezar a desarrollar alguna respuesta a las necesidades no atendidas, a la generación local de ingresos y a la subnotificación de la mortalidad materna.

A pesar de las dificultades de iniciación y al diseño complejo, la IMMAL ha logrado ganancias significativas en la primera mitad de su existencia. Llevar a cabo estas recomendaciones le servirá para alcanzar sus metas en el transcurso de los años que restan de la iniciativa.

I. INTRODUCCIÓN

A. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

La información reciente indica que la mortalidad materna es un problema generalizado. El Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 del Banco Mundial señaló que las causas maternas eran las que contribuían principalmente a la expectativa de vida perdida ajustada por discapacidad entre las mujeres de edad fértil. Las estadísticas actuales indican que más de 23.000 mujeres mueren de causas relacionadas con el embarazo cada año en América Latina y el Caribe. Alrededor del 80 por ciento de estas defunciones probablemente se pueden prevenir mediante la medicina y el conocimiento actuales.

Sin embargo, la mortalidad materna es en cierto sentido un asesino silencioso. La atención nacional e internacional se ha concentrado en el transcurso de las últimas décadas en la mortalidad de los lactantes y de los niños pequeños y ha tenido éxito en reducir las tasas del orden de los 100 a 200 por 1.000 nacidos vivos al orden de entre 50 a 60 en muchos países. Entretanto, los índices de la mortalidad materna en el orden de 100 a 200 por 100.000 han recibido una atención menor y no han mejorado, registrándose actualmente un promedio de 190 en los países donde está presente la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Estas cifras distorsionan significativamente la situación real para muchas mujeres porque las cifras urbanas de mortalidad (donde la calidad de atención y mortalidad materna baja se puede aproximar a los niveles de los Estados Unidos) se suman a las cifras rurales, donde las tasas de mortalidad materna son mucho mayores. En el altiplano boliviano y en Haití, la mortalidad materna se estima en hasta 950 a 1.000 por 100.000, respectivamente—15 veces el promedio de la región y se aproxima a las condiciones en muchos de los países menos desarrollados del África.

La mortalidad materna se reconoce ampliamente como un tema tanto estructural como médico. Es un tema estructural en tanto la atención médica existente podría reducir la mortalidad materna en forma significativa, pero los factores no médicos impiden que las mejoras sean significativas. Estos factores incluyen una conciencia política subdesarrollada en cómo reducir la mortalidad materna así como a limitaciones más prácticas: la inaccesibilidad rural a los servicios, la ignorancia de las mujeres de los factores de riesgo en el embarazo, el prejuicio social contra las poblaciones indígenas, la utilización escasa de servicios, los factores económicos y otros. Al mismo tiempo, la mortalidad materna es un tema médico porque la atención obstétrica de baja calidad es característica de varios hospitales no urbanos en América Latina (y también de algunos hospitales urbanos) y los medicamentos son escasos, lo mismo que el suministro adecuado de sangre para las transfusiones en caso de hemorragia. Hay cálculos que un porcentaje significativo de defunciones maternas se pueden prevenir encarando estos temas médicos en el primer nivel de derivación.

Los antecedentes de la Iniciativa de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe (IMMAL) datan de hace más de una década. En 1987, en Nairobi, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Iniciativa de Maternidad sin Riesgo, y proclamó la Década de la Madre. En 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) preparó un plan de acción para la reducción de la mortalidad materna, que fue luego aprobada por la reunión 22 de la Conferencia Sanitaria Panamericana. La mortalidad materna fue un tema importante en la Conferencia sobre las Mujeres y la Población y el Desarrollo de 1994 en Beijing y El Cairo, respectivamente. La mortalidad materna se eligió como un tema de discusión en una reunión de las Primeras Damas convocada por Hillary Rodham Clinton que coincidió con la Cumbre Continental en Miami en diciembre de 1994. En la cumbre misma, los Jefes de Estado reafirmaron su apoyo al logro de la meta de Cumbre Mundial en favor de la Infancia de reducir la mortalidad materna.

El programa regional de la Oficina para América Latina y el Caribe (ALC) encaró el tema al desarrollar un Paquete de Resultados orientado a la mortalidad materna como parte de sus Objetivos Estratégicos (OE) de Población, Salud y Nutrición (PSN) a nivel regional, en el Proyecto de Prioridades de Salud (598-0825). El Objetivo Estratégico de ALC, en el que se encuentra comprendida la IMMAL, consiste en la "prestación más eficaz de los servicios de salud e intervenciones de política seleccionados". La IMMAL es uno de los cinco Paquetes de Resultados en el OE; las otras cuatro actividades son las vacunaciones, la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, la reforma de salud y las enfermedades infecciosas. La declaración del Objetivo Estratégico de la IMMAL es "la prestación más eficaz de la atención obstétrica esencial".

La iniciativa se autorizó en noviembre de 1996 por medio de un memorando de acción aprobado por el administrador adjunto para América Latina (ver anexo A). En diciembre de 1996, las Primeras Damas de América Latina se reunieron en La Paz y la USAID lanzó la IMMAL al testimoniar la firma de la donación de la USAID a la OPS. Los fondos fueron transferidos posteriormente en el ejercicio económico (EE) 1997 a la Oficina para los Programas Mundiales, Apoyo de Campo e Investigación G/PHN del Proyecto de Garantía de Calidad (PGC) y MotherCare.

La iniciativa de la IMMAL tiene tres Resultados Intermedios (RI) e indicadores de resultados:

- RI 1: Mayor capacidad de las comunidades para reconocer y responder a las complicaciones relacionadas con el embarazo mediante el acceso a los servicios de salud en los distritos piloto, indicados por los países piloto; donde aumentó en un 5 por ciento el que los adultos puedan indicar uno o más de los signos de peligro durante el embarazo, el trabajo de parto y parto en relación con años anteriores; y que manifiestan su intención de usar los servicios en caso de complicaciones obstétricas;
- RI 2: El desarrollo, la puesta a prueba, la evaluación y la difusión de los enfoques para mejorar el uso de los protocolos, las normas y las pautas al primer nivel de derivación, indicado por países piloto donde el porcentaje de

establecimientos especificados en los distritos piloto que tienen la capacidad para brindar atención obstétrica esencial (AOE) aumentó en 15 puntos de porcentaje durante el año anterior; y,

- RI 3: La ejecución intensiva de los aspectos de AOE del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna, indicada por países meta con políticas y planes para la movilización de las comunidades para aumentar la utilización de AOE; con programas financiados para la movilización de las comunidades; con políticas y planes para la prestación de AOE al primer nivel de derivación; y con programas financiados con este último objetivo.

Se le otorgó a la OPS una subvención para que condujera el trabajo de desarrollo de políticas y el aumento de la concientización en los 11 países meta de esta iniciativa.¹ Los fondos de apoyo al campo se agregaron al contrato G/PHN con el PGC de la University Research Corporation (URC) para ejecutar las actividades piloto en salud en tres países piloto: Ecuador, Bolivia y Honduras. Al mismo tiempo, se emitió un pedido de prestación a MotherCare para cubrir las actividades de promoción comunitaria así como el desarrollo de materiales de información, educación y comunicación (IEC), también en los tres países piloto. A su vez, MotherCare contrató a una organización no gubernamental local (ONG) en cada uno de los tres países piloto para ejecutar las actividades a nivel comunitario y fomentar la sostenibilidad del aprendizaje al concluir la iniciativa. Se contrataron dos ONG locales—Sacoa, en Bolivia y Programas para el Desarrollo de la Infancia y la Mujer (PRODIM) en Honduras—y una internacional, PLAN International, en el Ecuador.

Aunque la subvención se firmó con la OPS en diciembre de 1996, la OPS difirió el inicio del programa hasta abril de 1997, hasta que se resolvió una inquietud sobre los anticipos de los fondos del programa. Los fondos fueron obligados al PGC y a MotherCare en octubre de 1997. La iniciativa es complicada, con un comienzo escalonado para los tres socios diferentes, con intervenciones multipaís y varios temas técnicos que han requerido aclaración durante la marcha de la iniciativa.

Hasta la fecha, los hitos programáticos clave de la iniciativa a cinco años son los siguientes:

- Establecimiento de las tres oficinas de país piloto,
- Llevar a cabo los primeros talleres de diseño del PGC en los tres países piloto,
- Llevar a cabo los estudios de referencia en los tres países piloto,
- Llevar a cabo encuestas rápidas de evaluación en los tres países piloto,

¹ Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú.

- La formación de los primeros equipos de diseño de calidad en los tres países piloto,
- Desarrollo de una estrategia de IEC en los tres países piloto,
- Llevar a cabo el primer resumen legislativo,
- Teleconferencia de las Primeras Damas de los Estados Unidos, Bolivia y Perú en mayo de 1998,
- Reunión del Grupo Científico y Técnico de la OPS (abril de 1998),
- Primera reunión del Subcomité del Equipo de Tareas de Mortalidad Materna que comenzara en abril de 1999,
- Primera reunión regional de la IMMAL (en Roatán, Honduras, en julio de 1998),
- Taller brasileño en Fortaleza para promover la defensa de la causa entre las Primeras Damas (diciembre de 1998) y
- La presentación del avance de esta iniciativa en las conferencias de las Primeras Damas del Continente Americano en 1997, 1998 y 1999.

La iniciativa se encuentra en la mitad de su duración de cinco años al momento de la realización de esta evaluación de proceso.

B. FINALIDADES DE LA EVALUACIÓN

Según se detalla en el plan de trabajo (Anexo B), las finalidades de la evaluación son:

1. Determinar si el Marco de Resultados, con las modificaciones introducidas, todavía es válido y factible y recomendar los ajustes al Marco de Resultados y las actividades, en la medida de lo conveniente (ver el Anexo C).
2. Examinar el avance hacia el logro de los OE y de los RI, según lo previsto, evaluando si los resultados y los indicadores se alcanzarán de una manera oportuna y eficaz. Identificar las limitaciones específicas internas y externas que pueden limitar su logro o éxito y recomendar ajustes sobre la base de los hallazgos y de las conclusiones.

3. Evaluar cómo está funcionando la estructura de la iniciativa de la forma en que está configurada, incluida tanto la delegación de áreas técnicas y de actividades específicas a los tres socios así como su coordinación, relaciones de trabajo y colaboración en la implementación de las actividades de la iniciativa.
4. Evaluar la administración de la iniciativa por parte de la USAID y de los tres socios de implementación, incluyendo el estado de la coordinación y de la comunicación dentro de sus organizaciones, específicamente entre la sede y las operaciones en el campo y los gobiernos de los países anfitriones. El tema central debe ser en el manejo de la iniciativa, el cumplimiento con los plazos, el monitoreo y la asistencia técnica. El equipo debe recomendar los ajustes en la ejecución, sobre la base de los hallazgos y las conclusiones.
5. Revisar la gestión de los recursos de la iniciativa, incluyendo el uso de los recursos humanos, materiales y financieros para alcanzar los RI.
6. Examinar la factibilidad de aumentar en escala o la sostenibilidad y los mecanismos para garantizarla después que cese el financiamiento externo.

Esta evaluación de procesos está destinada a brindar sugerencias acerca de cómo mejorar la iniciativa. Las recomendaciones se formulan de manera acorde.

C. PROCEDIMIENTOS DE CAMPO

Se llevó a cabo una reunión de planificación de equipos de 2 días de duración durante la primera semana de la evaluación y se realizaron entrevistas en Washington, D.C. con representantes de la USAID, de URC, de MotherCare y de la OPS. Se realizó un programa de tres semanas en el campo: una semana de reuniones en el Ecuador y de viaje en el campo, se dividió una semana entre Perú y El Salvador en reuniones y una semana de reuniones y viajes en el campo en Honduras (ver el Anexo D). Se realizaron entrevistas de seguimiento en Washington después del trabajo en el campo. Se realizaron reuniones de orientación con cada uno de los actores clave y el comité directivo.

La metodología utilizada durante la evaluación fue el uso de entrevistas individuales semiestructuradas o estructuradas. Se elaboró un cuestionario antes de las entrevistas en Washington que se adjunta en el Anexo E, al igual que varios instrumentos durante el curso del trabajo de campo. Las preguntas abordaron los siguientes temas:

- Logros clave hasta la fecha,
- Qué podría haber funcionado mejor,
- Puntos fuertes clave de la gestión,
- Puntos débiles clave,

- Relación entre la USAID y la OPS,
- Cómo funciona el comité directivo y sus principales logros,
- Relación entre la USAID y los organismos de cooperación en esta iniciativa, y
- Cuestiones técnicas.

Se entrevistó a las siguientes personas en el campo: El Representante de País o el Representante Interino de la OPS y el representante de salud materno infantil, el personal de nivel central del Ministerio de Salud (MS), el personal de la Misión de la USAID, el representante del PGC, algunos miembros del personal del MS a nivel de distrito y los integrantes de los comités de campo. Según correspondía, las entrevistas también se realizaron con los miembros del personal de las ONG que participan en la iniciativa. Además, se realizó un esfuerzo conjunto para entrevistar a numerosos integrantes de los equipos de diseño de calidad en las áreas piloto para determinar cuán bien perciben al proceso aquellos que aplican la metodología. (El Anexo F enumera a las personas que se han entrevistado.)

D. COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN

El equipo de evaluación estaba compuesto de tres consultores: uno especializado en el desarrollo institucional y la gestión de proyectos, otro en atención obstétrica y partería y el tercero, en IEC y desarrollo comunitario.

El líder del equipo es un especialista en gestión y desarrollo institucional con más de 20 años de experiencia en el extranjero en la programación de salud y desarrollo. El experto en salud es una partera con una Maestría en Salud Pública y casi 15 años de experiencia en la atención obstétrica práctica así como seis años como jefe de una de las divisiones del MS en Santiago, Chile. El especialista en la comunidad y en IEC fue consultor durante casi 20 años en desarrollo comunitario en muchos países de América Latina. (Las historias personales de los miembros del equipo se adjuntan como Anexo G.)

II. CONCLUSIONES DE DISEÑO

A. MARCO DE RESULTADOS

Si bien las ideas que respaldan a la IMMAL habían estado en consideración por algún tiempo, la documentación real de subvenciones a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se escribió con bastante rapidez. Sobre la base de un Marco de Resultados e Indicadores que había evolucionado con el transcurso del tiempo, el memorando de acción del 27 de noviembre de 1996 y una propuesta de proyectos de la OPS, la primera obligación fue la subvención a la OPS, firmada en la Conferencia Anual de las Primeras Damas en La Paz el 4 de diciembre de 1996. Los fondos se le proporcionaron a la OPS en enero de 1997.²

Desde mediados de 1996, se han llevado a cabo paralelamente conversaciones y trabajo de programa con John Snow, International(JSI)/MotherCare y el Proyecto de Garantía de Calidad (PGC), con la idea de que estas entidades desempeñarían un papel en la IMMAL. JSI trabajaría en los aspectos de promoción comunitaria de la iniciativa; y el PGC al primer nivel de los establecimientos de derivación obstétrica. En octubre de 1997 se autorizaron fondos para el PGC y MotherCare. No se preparó ningún Documento de Proyecto en parte debido a la evolución descrita anteriormente y en parte porque la reingeniería de la USAID estaba teniendo lugar durante este lapso de tiempo.

Sin un documento maestro de la USAID, la descripción más integral de la iniciativa hasta ese momento fue la propuesta de la OPS, "Ejecución Intensiva de la Atención Obstétrica Básica de Emergencia (AOBE) – Aspectos del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna," que pone la atención en las actividades de la OPS. Tal como se describirá a continuación, el incluir en el título la sigla AOBÉ trajo consigo la terminología del Plan Regional de la OPS, lo que no representa necesariamente la perspectiva de la USAID o la de los otros dos socios en la implementación que utilizan otra terminología y a veces otros conceptos.

La declaración a nivel de Objetivo Estratégico de la IMMAL es la "prestación más eficaz de la atención obstétrica esencial". Después de mucho trabajo entre los socios de la IMMAL a mediados de 1997, se decidió simplificar dos indicadores del Objetivo Estratégico. La formulación actual es que el avance en pos del objetivo será indicado por los países meta mediante el aumento del porcentaje de nacimientos asistidos por personal capacitado de al menos 1 punto porcentual durante el año anterior y por los países meta con un aumento de 5 puntos porcentuales durante el año anterior de unidades de información con comités de mortalidad materna que producen informes anuales.

² El desembolso efectivo de las subvenciones a la OPS incluyó las negociaciones de las Provisiones Estándar y la fecha efectiva de iniciación.

La formulación de los RI 2 y RI 3 no cambió. La del RI 1 había sido "el aumento de la capacidad de las redes de organizaciones voluntarias privadas (OVP) y Ministerios de Salud seleccionados para identificar y responder a las necesidades de la comunidad". Se cambió a "mejor capacidad de las comunidades para reconocer y responder a las complicaciones relacionadas con el embarazo..." Habiendo examinado estas diferencias, el equipo de evaluación apoya estas nuevas formulaciones. La formulación operativa del RI es la siguiente:

- **RI 1:** Mayor capacidad de las comunidades para reconocer y responder a las complicaciones relacionadas con el embarazo al obtener acceso a los servicios de salud en los distritos piloto.
- **RI 2:** El desarrollo, la puesta a prueba, la evaluación y la difusión de los enfoques para mejorar el uso de los protocolos, las normas y las pautas al primer nivel de derivación.
- **RI 3:** La ejecución intensiva de los aspectos de AOE del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna de la OPS.

Los dos primeros RI tenían que lograrse en tres países piloto (Ecuador, Bolivia y Honduras), mientras que el RI 3—política—tenía que llevarse a cabo en los 11 países meta. En los países piloto, se buscaba que hubiera interfase con los tres pilotos de campo. La conceptualización en esta forma tenía la intención de lograr una repercusión a dos niveles: la experimentación con y el desarrollo de enfoques innovadores para una mejor atención obstétrica y la promoción de iniciativas nacionales y regionales en los aspectos de política.

B. TEMAS DE DISEÑO CONCEPTUAL

La ausencia de un documento resumido formal tal como un Documento del Proyecto en la evolución de la IMMAL ha dado lugar a una falta de claridad conceptual en los temas claves. Primero, hay una confusión importante acerca del Marco de Resultados, según se ve en el cuadro en la página siguiente. Si bien la formulación del RI 1 cambió de "aumentar la capacidad de las redes de OVP..." a "aumentar la capacidad de las comunidades..." (observado anteriormente), los sub-RI no cambiaron cuando se dio esta nueva formulación. Solamente se desarrollaron sub-RI minuciosos y cuantificables para el RI 3 y no existen en el OE esquemático para el RI 1 ó el RI 2. Lo que a primera vista parecen ser subresultados intermedios para el RI 1 y el RI 2 son, en cambio, actividades sugeridas en lugar de, por ejemplo, obligaciones contractuales. La actividad 3 dentro del RI 1, las "normas de orientación modelo para la gestión/la derivación de las complicaciones obstétricas para las enfermeras y auxiliares de enfermería en el

Cuadro 1: Comparación de diversos Resultados Intermedios de la IMMAL

	RI 1	RI 2	RI 3
Nivel 1 regional Resultados Intermedios	Aumento de la capacidad de las comunidades para reconocer y responder a las complicaciones relacionadas con el embarazo mediante el acceso a los servicios de salud en los distritos piloto	Desarrollo, puesta a prueba, evaluación y enfoques de difusión para mejorar el uso de los protocolos, las normas y pautas al primer nivel de derivación	Ejecución intensiva de los aspectos de la AOB E del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna
Observación	Formulación revisada del RI	Formulación inalterada del RI	Formulación inalterada del RI
Nivel 2 regional Resultados Intermedios	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mayor movilización de las comunidades para reconocer las complicaciones obstétricas y procurar la AOB E 2) Mayor comprensión de parte de las OVP y de los MS de la importancia de la comunicación y de las percepciones interpersonales de la calidad de la atención 3) Normas prototipo existentes en los puestos de salud para la gestión/la derivación de las complicaciones obstétricas para las enfermeras, auxiliares de enfermería 4) Red de información para las OVP, las ONG y establecimientos de salud establecidos a nivel comunitario 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar y difundir los resultados de estudios piloto en 3 subregiones, diseñados para probar los enfoques que les sirvan a los trabajadores de salud a cumplir con las normas; desarrollar las destrezas de monitoreo y evaluación a nivel del trabajador para mejorar el cumplimiento; mejora de la comunicación del establecimiento/la comunidad para mejorar las derivaciones 2) Evaluar y revisar y difundir los prototipos, protocolos y normas para incluir la concentración en el paciente/cliente para mejorar la adhesión a las normas de parte de los trabajadores de salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estrategia regional ratificada o revisada 2) Las ICC regionales y de país en funcionamiento 3) Comunicación mejorada entre los gerentes del programa y miembros del personal del programa regional 4) Los gerentes de programa del país tienen mejor información 5) Mayor apoyo político de alto nivel a la ejecución del plan regional a nivel de país 6) Adopción de la legislación/políticas recomendadas
Observación	Actividades, no resultados; 2 y 3 no se relacionan con el RI revisado; ninguna parte responsable; 3 forma parte del RI 2	Está de acuerdo con la formulación del OE/RI; PGC responsable, pero no a nivel regional	Está de acuerdo con la formulación del OE/RI; OPS responsable
Nivel 1 País Resultados Intermedios	Mejor respuesta de la comunidad a las emergencias obstétricas	Mejor calidad de la atención al primer nivel de derivación	Mejor ambiente de política
Nivel 2 País Resultados Intermedios	<ol style="list-style-type: none"> 1) Porcentaje de adultos en los distritos meta que pueden indicar una o más señales de peligro durante el embarazo 2) Porcentaje de adultos en los distritos meta que pueden especificar la intención de usar los servicios 3) Mayor uso de los planes de transporte de emergencia 4) Mejores vinculaciones entre los consumidores, los grupos comunitarios 5) Mayor seguimiento del sistema de salud al nivel comunitario 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mejora en los registros de las complicaciones y resultados obstétricos 2) Aumento en el uso de las auditorías de mortalidad (establecimiento y comunidad) 3) Aumento en la existencia de los medicamentos y suministros apropiados 4) Gestión y supervisión 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Protocolos habitualmente examinados y actualizados por las autoridades apropiadas 2) Mayor asignación de recursos para los servicios comunitarios y de AOE 3) Identificación y eliminación de las políticas restrictivas y de no apoyo
Observación	1 y 2 son parte del OE/RI; MotherCare es responsable sólo de estos dos	PGC no es responsable; la "gestión y supervisión" no ha sido puesta en marcha	Ninguno de ellos son parte del OE/RI; La OPS no es responsable

puesto de salud" está claramente mal ubicado dentro del RI 1; esta actividad está obviamente relacionada con el RI 2. Para aquellos que no están muy familiarizados con la evolución de la iniciativa o no sean expertos en la terminología de la USAID, la formulación del OE y del RI es algo confusa y difícil de comprender.

Otro elemento confuso es la presentación en el Marco de Resultados de los resultados a nivel de país. Todos los "Resultados Intermedios de país al nivel 2" no son una parte oficial de la iniciativa ni son responsabilidades de ningún ejecutor, sino más bien "fragmentos de ideas" de resultados potenciales de un proyecto exitoso.

Existen otras confusiones. Toda la documentación de la OPS habla de la AOB, de atención obstétrica *básica de emergencias*; la documentación de la USAID habla en general de la AOE, atención obstétrica *esencial*. Hay puntos de mucha confusión en estas diferencias semánticas que parecen minúsculas. La primera confusión es acerca de la palabra básica, y si forma parte de la iniciativa o no. La definición de básica que da la OPS incluye suministro de sangre y el apoyo a las cesáreas; sin embargo, dado que la USAID no quería que la IMMAL se mezclara en estos dos elementos, una nota a pie de página en el Marco de Resultados excluye en forma específica estos dos elementos del programa y, evidentemente, la exclusión fue aceptada por la OPS. No obstante, la OPS sigue promoviendo estas actividades en el campo como parte de su concepto de *básica* dentro de su plan regional.

Otra confusión es si la iniciativa promueve la atención *esencial* o de *emergencia*. La USAID usa una definición derivada de la que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) de atención obstétrica esencial (bien aclarado por un resumen de política de MotherCare). La claridad de la formulación de MotherCare no se sigue en muchas partes de la iniciativa. Los ejecutores de la IMMAL usan con frecuencia el término AOE sin definir si la consideran *esencial* o de *emergencia* e incluso hay momentos en un documento en que las descripciones van de un uso al otro.

Esta falta de claridad al nivel conceptual ocasiona problemas enormes al elegir las actividades del programa: nadie ha reconocido todavía cómo se influye en la elección de las intervenciones de programas si se considera que la atención es de emergencia o esencial. No es muy clara la visión que tiene la IMMAL de la función e importancia de las actividades prehospitalarias, no tanto considerando la promoción comunitaria (donde el RI 1 es lo suficientemente específico) sino en definir una función para la partera comunitaria, promover las revisiones prenatales y abordar los temas de los partos en el hogar. El diseño de las actividades dirigidas a estos temas dependerá en si uno está tratando la atención *básica esencial* o de *básica emergencia* y qué visión se tenga del papel de la comunidad (RI 1) en mejorar la calidad de la atención (RI 2). Además, la función de los establecimientos hospitalarios intermedios de proporcionar atención obstétrica está mal definida. Tal como se indicara anteriormente, el trabajo con bancos de sangre y las cesáreas constituyen otras decisiones difíciles: resulta difícil excluir categóricamente alguna participación del suministro de sangre o de las cesáreas al primer nivel de derivación dado que la razón para derivar a una mujer frecuentemente está relacionada con una hemorragia o la obstrucción del trabajo de parto.

También se han evidenciado problemas más sutiles con la formulación del objetivo estratégico. Al asignar a cada socio la responsabilidad exclusiva de una RI se trazaron líneas claras de responsabilidad del logro de producción (JSI: x cantidad de comunidades organizadas; PGC: y cantidad de protocolos; OPS: z cantidad de reformulaciones de políticas, etc.). También ha contribuido a una separación clara entre los tres componentes. Existe escasa reciprocidad eficaz entre los tres socios; cada ejecutor se preocupa de sus propias tareas y no mira el problema general de la mortalidad materna.

También existen otras áreas de confusión. En las descripciones de la iniciativa de la USAID y el plan de trabajo del PGC, el "aumento del *número* de establecimientos donde se brinda atención obstétrica esencial (AOE)" se plantea como un indicador de mejora en la calidad, RI 2, cuando podría caber fácilmente dentro del RI 3, mejora del entorno nacional. "El aumento de la *utilización* de los servicios de AOE" se plantea como un indicador de mejora en la demanda de la comunidad, RI 1, cuando puede caber mejor desde el punto de vista lógico dentro del RI 2, mayor acceso.

Cada parte informa tener un sentido claro de sus responsabilidades. Sin embargo, cuando los evaluadores plantearon preguntas más profundas, surgieron ambigüedades para las que no había ningún consenso general. Por ejemplo, las siguientes son preguntas en las que hay poca claridad entre los ejecutores, ya sea entre el personal de campo o de la oficina sede:

- En un país piloto, hubo fricción entre los ejecutores en lo referente a quién era el coordinador de la iniciativa. ¿Qué entidad, la OPS o el PGC, debe tomar la dirección? ¿En los países piloto, quién debe dirigir la promoción del comité directivo nacional?
- ¿Cuál es la responsabilidad de la OPS de proporcionar ayuda técnica a las actividades piloto en los países piloto?
- ¿Quién es responsable de aclarar las diferencias de AOE detectadas en este documento: OPS, PGC, JSI u otra parte, o quizás el comité directivo de la IMMAL?
- ¿Deben las responsabilidades del PGC orientarse principalmente a reducir las muertes maternas en la sala de partos (destrezas obstétricas) o, como es ahora el caso, a diseñar los procesos en derredor del acceso y flujo de pacientes?
- ¿Debe estar la atención de la iniciativa principalmente en la "atención de emergencia" o en la "atención esencial"? ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas?
- ¿Tienen el PGC o la OPS responsabilidad dentro de la IMMAL de mejorar los registros de la mortalidad materna? ¿Hay alguna interrelación entre los dos en esta área?

- ¿Cuáles son las obligaciones del PGC en lo relativo a la participación en la promoción comunitaria con PLAN International?
- ¿Quién se encarga de la promoción de mejores destrezas obstétricas en la iniciativa, especialmente de destrezas en funciones: la OPS, el PGC o ambos?
- ¿Ha asumido el PGC las responsabilidades de promoción comunitaria de JSI? ¿Quién se encarga de proporcionar ayuda técnica relativa a IEC a las actividades en Honduras: el PGC o JSI?
- ¿Es responsable PLAN International (un contratista de JSI) ante JSI o ante el PGC? ¿Quién firmará el contrato de PLAN?
- ¿Es PLAN el principal responsable de la preparación de materiales de IEC o de la promoción comunitaria? Ahora que los materiales de IEC en el Ecuador ya han sido producidos en buena medida, ¿es hora de que PLAN se retire de las actividades del proyecto?

C. TEMAS DE DISEÑO TÉCNICO

Un tema en el diseño técnico es la distinción entre el primer nivel y el segundo nivel de derivación. Los documentos de la OPS y los de la USAID definen la derivación de primer nivel como los "establecimientos con atención obstétrica las 24 horas del día". Si bien conceptualmente esto tiene una lectura inequívoca, en la práctica un gran número de hospitales sólo cuenta con especialistas en obstetricia y ginecología durante las horas del día. Durante el turno nocturno (cuando, debe notarse, ocurren la mayoría de los nacimientos), aun en los hospitales de cierto tamaño, descentralizados, la atención obstétrica la brinda o bien un médico clínico (generalmente en su año de servicio social—y con frecuencia sin capacitación ni autoridad legal para realizar cesáreas) o una auxiliar de enfermería. ¿Es esta la cobertura obstétrica durante las 24 horas que contempla la iniciativa? En ese caso, ¿es a este nivel que la iniciativa debe estar poniendo la mayor parte de su atención?

Por el contrario, ¿está trabajando la iniciativa con el segundo nivel de derivación cuando—tal como ocurre en al menos un país piloto—el personal invierte considerable tiempo y energía en un hospital provincial en temas complejos de desarrollo institucional y poco tiempo en encarar las complicaciones obstétricas que han sido derivadas por un establecimiento hospitalario de nivel inferior?

La documentación de la iniciativa no es clara en estos temas técnicamente complejos, y se le deja al personal del campo que determine a qué nivel de servicio y en qué actividades trabajar, sin mucha claridad del diseño del programa.

D. TEMAS DE DISEÑO DE IEC

Resulta sorprendente que las ONG que fueron seleccionadas en Ecuador y Honduras para diseñar e implementar una estrategia de IEC, tenían poca experiencia anterior en IEC, y el enfoque adoptado en cada país fue diferente. En el Ecuador, PLAN International participó en un taller de capacitación sobre IEC y decidió aplicar la metodología de diez pasos de la metodología de diseño de calidad, combinada con el WARMI3,³ para diseñar su estrategia de IEC. Esto resultó en un proceso prolongado y complejo. En Honduras, PRODIM decidió que no se podía aplicar la metodología de diez pasos al diseño de una estrategia de IEC y subcontrató un especialista en IEC para que se la diseñara; sin embargo, la persona que diseñó la estrategia no participó en su ejecución. El plan, que estaba bien formulado, podría haber marchado más eficazmente si se hubiera contratado a este experto para que supervisara el plan esporádicamente.

E. ASPECTOS DE IMPLEMENTACIÓN

Cualquiera que fuese la falta de claridad conceptual en el diseño original, la implementación del diseño sufrió otro contratiempo más al expirar el 30 de septiembre de 1998 la subvención entre JSI/MotherCare y la USAID, en la que estaban comprendidas las actividades de esta iniciativa de MotherCare. Este problema se resolvió desde el punto de vista administrativo con la subcontratación de los miembros del personal de MotherCare bajo el PGC, pero queda un punto débil. Aunque las responsabilidades relativas a la parte de promoción comunitaria están ahora en un contrato de subdonación bajo la cartera del PGC, el personal del PGC sostiene que JSI, no el PGC, es responsable de ese componente.

F. RESUMEN

La IMMAL tuvo un comienzo algo inusual, sin un documento integral escrito, con una iniciación escalonada y con tres diferente organismos de ejecución y diversos mecanismos de contratación. Pese al considerable trabajo del personal de tratar de abordar estos temas durante años, todavía hace falta claridad conceptual en muchos elementos claves de la iniciativa. Como se verá, esta falta de claridad conceptual ha dejado a los ejecutores de la IMMAL sin mucha orientación al sopesar opciones técnicamente complejas tales como cuáles actividades se deben poner en marcha entre varias direcciones de programación aconsejables. Este legado de incertidumbre ha llevado a ciertas iniciativas mal orientadas que se observarán en el próximo capítulo. Se hacen recomendaciones en el Capítulo V.

³ Una metodología centrada en la comunidad originalmente desarrollada por Save the Children y MotherCare en Bolivia.

III. CONCLUSIONES DEL PROGRAMA

A. LOGRO DEL OBJETIVO ESTRATÉGICO

El Objetivo Estratégico de la IMMAL es la "prestación más eficaz de la atención obstétrica esencial". Esto lo medirán los países meta que registren un aumento del porcentaje de nacimientos asistidos por personal capacitado de al menos 1 punto porcentual con respecto al año anterior, y los países meta que registren un aumento de 5 puntos porcentuales con respecto al año anterior en el porcentaje de unidades de información con comités de mortalidad materna que producen informes anuales.

Antes de comenzar a describir minuciosamente cada Resultado Intermedio, hay varios temas al nivel del Objetivo Estratégico que merecen ser analizados. Aunque no se trata necesariamente de temas que hayan sido abordados adecuadamente por la formulación del OE y del RI por parte de la IMMAL, son temas que se han observado como áreas que necesitan mayor consideración. Se tratarán cuatro temas: la visión holística, las necesidades no atendidas, la información poco confiable de AOE y aquellos que en realidad proporcionan la mayoría de la atención obstétrica.

Visión holística

Sobre la base de la recopilación de datos del campo, parece probable que la mayoría de la gente vinculada a la IMMAL—en la OPS, el PGC, JSI/MotherCare, los ministerios de salud y las comunidades—no posea una visión holística para fomentar el mayor uso de los centros de salud descentralizados y mejorar la identificación de las funciones apropiadas para la comunidad. En las áreas del proyecto, la gran mayoría de las prestaciones institucionales tiene lugar en hospitales con exceso de pacientes. Aunque hay unos pocos centros de salud descentralizados que prestan servicios de partos normales, su número es escaso. Además, todavía no existe ninguna relación eficaz entre los proveedores de servicios médicos y la comunidad (por ejemplo, líderes cívicos en la junta directiva del hospital, reuniones de discusión entre el hospital y la comunidad y días de campo para los proveedores de servicios obstétricos). Por su parte, las derivaciones de la comunidad al hospital también registran deficiencias; las mujeres optan en general por ir a donde se percibe que el tratamiento es mejor aunque podrían ser tratadas igual de bien en un establecimiento más sencillo.

La IMMAL todavía no promueve la idea de la atención que se presta a un nivel acorde con la complejidad obstétrica. Se prevé un sistema obstétrico que comience en la comunidad y vaya escalando de la siguiente manera:

- El primer nivel en el sistema es el que refuerza la idea de que la comunidad es un socio activo en identificar señales de riesgo, adoptando la decisión de evacuación médica, y llevando rápidamente al paciente a un centro médico.

En realidad, esta es la visión del RI 1 en la IMMAL. Sin embargo, las parteras de la comunidad son un recurso subutilizado en esta área. Además, los puestos de salud cercanos a la comunidad, o sea, el nivel más bajo de prestación de servicios del MS, debe estar reforzando el concepto de la atención según el grado de la complicación obstétrica.

- Los centros de salud cercanos a la comunidad podrían facilitar el acceso presto, brindar buen tratamiento prenatal e información suficiente (control prenatal), establecer coordinación constante con parteras y agentes de salud comunitaria y promover la atracción de las mujeres necesitadas de atención especial con la atención puesta en la prevención y la detección de las complicaciones de salud materna. Para hacer eso, sería necesario asegurarse que los funcionarios a este nivel mejoren sus destrezas básicas de observación obstétrica.
- Al haberse fortalecido las destrezas obstétricas básicas de los funcionarios en estos centros de salud, quizá también puedan proporcionar atención de emergencia en los partos. Una posibilidad sería cambiar el sistema de AOE para permitirles a las auxiliares de enfermería bien capacitadas a usar oxitócicos en el caso de la hemorragia posparto. En una emergencia, el personal a este nivel también debe tener las destrezas para asistir al recién nacido (incluidas destrezas en reanimación del recién nacido). El desarrollo de un sistema de referencia expeditivo para las complicaciones también requiere destrezas en la identificación temprana de las emergencias obstétricas y preparación para la derivación.
- Más nacimientos asistidos en los hogares maternos de parto podrían fomentar un ambiente más personalizado y cordial, sin el estigma de la enfermedad que se asocia con frecuencia a los hospitales, así como promover el uso de procedimientos más adaptados a la cultura de las mujeres de diversas poblaciones. En tales centros, el trabajo de parto y el alumbramiento no tienen lugar necesariamente en habitaciones diferentes, ni las habitaciones deben estar plétoras de luces deslumbrantes y equipos de acero resplandeciente (gran parte del cual no es funcional). Un ambiente más natural, hogareño (a media luz, ambiente cálido, el parto en posición vertical, etc.) podría ajustarse a una mujer que puede permanecer en un solo lugar durante el parto y no tener que ir de un lado a otro durante el trabajo de parto. Esta clase de ambiente es conducente a un proceso agradable de posparto, en el que el bebé sano no necesita separarse de la madre y la atención posparto al recién nacido puede esperar varias horas y tener lugar delante de la madre. Según se verá, la prestación adicional de servicios a este nivel reduciría el grave exceso de pacientes en los hospitales.
- Los hospitales de derivación podrían concentrarse en la atención a los embarazos y nacimientos de alto riesgo, y a las complicaciones maternas y neonatales, y reforzarían el conocimiento y la preparación de destrezas en las emergencias obstétricas.

Se tratarán las experiencias de dos centros de atención materno infantil fuera del proyecto de la IMMAL (pero aún dentro del área de influencia de la IMMAL), Siguatepeque en Honduras y Saquisilí en el Ecuador. Estos establecimientos son buenos ejemplos de cómo la oferta de un hogar materno de partos puede prestar servicio más cercano, más cordial y de calidad. La demanda de la atención obstétrica en estos centros de servicio ha aumentado considerablemente. Las mujeres que fueron entrevistadas durante esta evaluación, muchas de ellas indígenas, declararon estar muy satisfechas con la atención y las complicaciones han sido mínimas.

Se considerará otro buen modelo, uno bajo experimentación en el Centro de Salud José María Ochoa (no es un hospital) en Honduras. Esta iniciativa se concretó, en parte, a petición de las mujeres de la comunidad que expresaron el deseo de que la misma gente que las atendía durante el embarazo, asistiera sus partos.

Los socios de la IMMAL—OPS, PGC y JSI—podrían familiarizarse más con estas experiencias y llevar el conocimiento adquirido a otras partes del proyecto.

Necesidades no atendidas

Todavía no ha llegado al programa nacional la implicancia de una gran población subatendida de mujeres embarazadas que no asisten a los establecimientos de servicio del MS en muchos países. Por ejemplo, en cuatro países visitados, la población subatendida alcanza o excede el 50 por ciento, y el equipo de evaluación no tuvo conocimiento de ningún esfuerzo conjunto por diseñar estrategias para atraer a estas mujeres. Aunque el personal de la IMMAL argumentará, en forma convincente, que este tema es demasiado vasto para ser incluido dentro del alcance del escaso financiamiento de la IMMAL, el hecho es que hasta que algunas actividades empiecen a encarar este tema, la iniciativa se centra exclusivamente en la población "ya atendida" en lugar de tener en cuenta la "no atendida". A continuación se dan algunos ejemplos.

En Ecuador, las estadísticas del hospital regional de Latacunga demuestran que la cobertura de atención institucional prenatal y de partos se está reduciendo en un 20 por ciento anual.⁴ Los datos regionales indican una tasa de incidencia de mortalidad materna de 170/100.000; sin embargo, según las estadísticas del hospital, la incidencia de la mortalidad materna en 1994 no registró defunciones dentro de las 48 horas o más después de la internación en el hospital. No hay ninguna información consolidada disponible en este hospital clasificada bajo complicaciones obstétricas. Las consultas externas también muestran una tendencia descendente del 44 por ciento entre 1997 y 1998. Según el ginecotocólogo residente, el hospital presta servicios al 70 por ciento de todos los partos posibles (una opinión que no avalaban estos datos).

En Honduras, el Hospital Santa Teresa en Comayagua prestó servicios a 4.500 partos anuales el año pasado, registrando una cobertura del 19 por ciento de su población

⁴ Mil seiscientos partos en 1998, comparado con 2,200 en 1996.

asignada. El Hospital La Paz en Honduras tiene una tasa anual de 1.800 partos, con una subutilización probable del 34 por ciento.

En los países visitados, se reconoce en forma amplia que la gran mayoría de las defunciones maternas ocurren en el propio hogar de la mujer o en el hospital, debido a la llegada tardía y a la hemorragia posparto o eclampsia. El personal reconoce que hasta que los programas se dirijan a este grupo destinatario, una gran parte del problema seguirá estando sin detectar. En muchos países, no hay ninguna actividad hospitalaria que encare este problema.

Los proveedores de servicios de atención de salud atribuyen el porcentaje bajo de mujeres que eligen no dar a luz en los hospitales al tratamiento recibido, a las condiciones generales del hospital, a los procedimientos médicos actuales (tales como la episiotomía y el afeitado genital), la percepción de las complicaciones asociadas con el hospital, la dificultad en el transporte y el acceso y el costo de la atención. En muchos proyectos de diseño/rediseño del PGC, se encara uno u otro aspecto de mejor atención pero los cambios o las adaptaciones de los procedimientos que se dirigen a eliminar las episiotomías de rutina y a darles a las mujeres la oportunidad de parir en la posición más cómoda (y más aceptable desde el punto de vista social), no se han abordado. Para la OPS, mientras las normas de varios países son receptivas a las recomendaciones que ponen la atención en el paciente,⁵ poco se ha hecho en lo que respecta a la implementación de estas normas. Es difícil ver cómo vaya a darse un porcentaje mayor de nacimientos institucionales hasta que estos temas se aborden con más energía.

Los socios de la iniciativa podrían abordar el tema de la necesidad obstétrica de emergencia no atendida en algún aspecto de su programación. Aun sin una reconfiguración principal del énfasis del programa o una asignación significativa de los fondos para abordar este tema, los ejecutores del proyecto deben empezar a experimentar con algunas actividades y esfuerzos para empezar a poner este tema en los programas nacionales y regionales. (Ver las recomendaciones.)

Información no disponible de datos confiables de AOE

Un tercer tema sistémico, relacionado con la necesidad no atendida, es que en la mayoría de los países de la IMMAL, hay información inadecuada en lo referente a los incidentes de las defunciones maternas, tanto a nivel de hospital y de no hospital.

Al nivel del hospital, la información acerca de las causas y la frecuencia de complicaciones obstétricas frecuentemente se encuentra dispersa en una cantidad de registros diferentes de hospital y por consiguiente el personal no la analiza para identificar los temas, las tendencias o los problemas. El alta de los pacientes ginecológicos se combina con información general de pacientes del hospital. Parece que hay poco examen de parte de los hospitales de los casos más complicados. Los partogramas (planillas de horario de rastreo de nacimiento) se usan rara vez, y gran parte del personal del hospital no le hace mucho caso al formulario y, por consiguiente, su

⁵ En el Ecuador, las normas todavía requieren las episiotomías de rutina.

utilización no tiene gran éxito. Las deficiencias médicas comunes y las soluciones correspondientes no pueden identificarse debido a la falta de conciencia de que existe un problema.

No se sabe la magnitud general de la mortalidad materna, no sólo en América Latina sino también en la mayor parte del mundo. En los cuatro países visitados, sólo se reconocen aquellos casos que comprenden las defunciones que tienen lugar en el recinto hospitalario. Aun esto no siempre es cierto: en el Ecuador, sólo se clasifica como mortalidad materna a aquellas defunciones que tienen lugar las 48 horas después de la internación hospitalaria.

Apenas hay datos relativos a las defunciones no hospitalarias. En los cuatro países visitados, el MS se centra en la atención hospitalaria y no está muy interesado o informado acerca de los temas más grandes de mortalidad materna de aquellas que no llegan al hospital. En el Hospital de Latacunga (Ecuador), por ejemplo, no se ha registrado ninguna defunción materna en los cinco últimos años; sin embargo, de enero a junio de 1999 la recopilación de datos del proyecto de IEC en (sólo) 20 comunidades halló que se habían registrado cinco defunciones maternas. Se percibieron indicios de una actitud en algunos miembros del personal del hospital de culpar a la misma madre de su muerte porque no llegó al hospital hasta que fue demasiado tarde. Dichas actitudes, no importa cuán sutiles, hacen que los proveedores de servicios se interesen menos por las defunciones no hospitalarias. Sin una búsqueda adecuada de las causas ligadas a las defunciones maternas y una comprensión mayor de las muertes que ocurren fuera de los hospitales, el personal del establecimiento no acepta hacerse responsable de dichas defunciones.

Si bien hay algún movimiento para fortalecer los esfuerzos nacionales de mejorar la vigilancia de la mortalidad materna, pueden lograrse más cosas. En Perú y Honduras se están aplicando energía y estrategias nuevas en función de informar semanalmente por telefax las defunciones maternas que podrían observarse para duplicarlas en forma amplia.

Proveedores AOE

Parece claro de los viajes al campo que la mayor parte de la atención obstétrica no la proporcionan los médicos capacitados en obstetricia. Este es un tema estratégico, de país y de políticas. El equipo de evaluación vio en la mayoría de los lugares que las auxiliares de enfermería prestan la mayoría de servicios de 24 horas. Debe observarse, además, que ni a las enfermeras licenciadas ni a las auxiliares de enfermería se les asignan las áreas específicas de atención hospitalaria (recepción, hospitalización, parto, posparto y atención al recién nacido). Además, hay responsabilidades múltiples asignadas a los miembros del personal, especialmente durante las horas de la tarde y de la noche. La identificación oportuna de las complicaciones obstétricas es problemática bajo estas situaciones.

En El Salvador, 30 hospitales brindan la gran mayoría de la atención obstétrica. Sin embargo, la cifra oculta una deficiencia importante. En la mayoría de estos hospitales, los

ginecotocólogos sólo se encuentran en guardia activa durante 12 horas, o sea, las horas diurnas, cuando tiene lugar la menor cantidad de nacimientos. Los médicos generales, con frecuencia los que han terminado recientemente la escuela de medicina, cubren el número más grande de nacimientos que tienen lugar en el turno de la noche al alba durante su año de servicio. Estos médicos recién capacitados sólo asisten a los nacimientos de emergencia. Por lo tanto, aun en un número relativamente reducido de hospitales, la atención que brindan los médicos capacitados en obstetricia y ginecología es sustancialmente menor que la necesidad real.

En Honduras, aun en aquellos hospitales que ofrecen servicio las 24 horas, la calidad de la atención obstétrica prenatal es discutible. En algunos hospitales regionales, hay sólo un ginecotocólogo las 24 horas y los residentes o las enfermeras a menudo asisten los partos según ocurren. (Ninguno de estos profesionales tenían capacitación específico en atención materna y neonatal.) En el hospital de Comayagua, Honduras, el ginecotocólogo no está de servicio a ciertas horas (mediodía, todo el día del sábado y el domingo a la noche). Las auxiliares de enfermería que cuentan sólo con estudios básicos (hasta sexto grado) atienden la mayoría de los partos después de sólo un año de capacitación de enfermería, nada de lo cual incluye capacitación en salud materna o neonatal. El número de enfermeras con licencia profesional es muy limitado. Los médicos en su año de residencia no realizan cesáreas por falta de capacitación, y están mal equipados para complicaciones obstétricas y neonatales. Si surgen casos complicados en ausencia del ginecotocólogo, las emergencias se derivan automáticamente al hospital en Tegucigalpa, en este caso a varias horas de distancia.

Lecciones aprendidas

Hay al menos cuatro temas de AOE que tienen una gran repercusión potencial al nivel de Objetivo Estratégico que todavía no están incluidos en el Paquete de Resultados de la IMMAL. Algunos de ellos pueden encararse sin una gran reorientación de la concentración del programa. Los ejecutores de la iniciativa podrían familiarizarse más con el área fuera del proyecto, los proveedores de servicio orientarse desde el punto de vista holístico y llevar el conocimiento aprendido a otras partes de la IMMAL. Los socios de la iniciativa podrían encarar necesidades no atendidas en algún aspecto de su programación. El aprovechamiento recíproco de las experiencias en el área de la IMMAL en la recolección de datos integrales de AOE podría compartirse de un país a otro, enriquecido por los datos y la experiencia del PGC. A través de la OPS al nivel de política y del PGC al nivel piloto, la IMMAL podría comenzar a observar el tema de quién en realidad brinda la mayoría de la atención obstétrica en los establecimientos de salud y la capacitación especial directa a este cuadro.

B. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS INTERMEDIOS

La IMMAL se divide en tres Resultados Intermedios: **RI 1: mejorar el reconocimiento y la respuesta** de las comunidades a las emergencias obstétricas; **RI 2: mejorar la calidad de la atención** en el primer nivel de derivación; y **RI 3: mejorar el entorno de política**. Cada uno se tratará por separado, aunque no puede olvidarse la interrelación entre los tres.

Resultado Intermedio 1: Mejorar el reconocimiento y la respuesta de las comunidades a las emergencias obstétricas

Hay dos indicadores para este RI: "países piloto donde los adultos entrevistados en los distritos piloto pueden indicar sin ayuda una o más de las señales de peligro durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto y el posparto inmediato aumenta en un 5 por ciento respecto al año anterior"; y los "países piloto donde el porcentaje de adultos entrevistados en los distritos piloto pueden especificar su intención de usar los servicios en caso de complicaciones obstétricas aumentó en 3 puntos de porcentaje respecto al año anterior".

Las actividades ejecutadas por JSI/MotherCare relacionadas con este RI hasta el 30 de septiembre de 1998; las actividades siguen bajo un mecanismo de subdonación entre JSI y el PGC. En términos generales, hay dos elementos programáticos: el desarrollo de materiales de información, educación y comunicación (IEC) y la difusión de dichos materiales en las comunidades piloto (20 en Honduras y 20 en Bolivia y 20 [de los 50 originales] en el Ecuador). Las características de IEC y del componente comunitario fueron muy diferentes en los dos países visitados.

Conclusiones de IEC

Ecuador

El equipo de diseño de calidad de IEC en el Ecuador se conformó inicialmente con representantes del PGC/Ecuador, el MS al nivel provincial, el personal del organismo local de Seguridad Social, PLAN International y tres miembros de la comunidad femenina. El equipo comenzó sus actividades en mayo de 1998 con la asistencia al taller de diseño de calidad en Latacunga, después de lo cual comenzó a reunirse semanalmente para definir los 10 pasos del diseño de calidad de IEC. Las tres mujeres de la comunidad asistieron a las primeras sesiones pero eran demasiado tímidas para intervenir y más tarde decidieron no participar. Debido a las huelgas frecuentes del personal del MS, no se produjeron materiales de IEC durante 1998; en esta época, las sesiones de calidad-diseño se centraron en el proceso de los diez pasos.

En la primera mitad de 1998, PLAN llevó a cabo varias encuestas de la comunidad. Durante la segunda mitad, PLAN llevó a cabo discusiones de grupos muestra elegidos entre los miembros del personal del centro de salud para determinar el conocimiento, las actitudes y las prácticas en el embarazo, el parto, posparto y la atención al recién nacido. Los miembros del equipo de IEC asistieron a un taller de capacitación en febrero de 1999 para instruirse sobre los resultados de este estudio y diseñar su estrategia.

PLAN recibió de MotherCare ilustraciones desarrolladas en Bolivia acerca de los riesgos y las señales de peligro durante el embarazo, el parto y el posparto. PLAN y el equipo de IEC del MS luego los adaptó a las características físicas y de vestimenta de las

ecuatorianas y produjo dos versiones preliminares de los materiales, una para la población indígena en las zonas rurales y otra para las audiencias urbanas y suburbanas.

Estos materiales se validaban entre las poblaciones destinatarias al momento de la visita al campo para esta evaluación. El proceso de validación debía cumplirse para fines de agosto de 1999. Las versiones finales debían producirse e imprimirse durante el mes de septiembre y la distribución del material se programó para octubre de 1999. El material impreso incluirá cuatro rotafolios (sobre señales de peligro durante el embarazo, parto y posparto y peligros con el recién nacido) en dos versiones y dos tamaños: uno grande para las sesiones de grupo y otro más pequeño para la educación interpersonal. Se prepararán también tres volantes y se dirigirán a diferentes audiencias.

Es obvio que se ha hecho un esfuerzo enorme en el desarrollo de dichos materiales. Son atractivos y coloridos y la calidad de los dibujos es excelente ya que representan claramente las características tanto de la población ecuatoriana rural como suburbana.

Además de los materiales impresos, PLAN ha producido 11 anuncios radiales, un programa de títeres educativos en cómo prepararse para una emergencia obstétrica y un video motivacional orientado al gobierno y a los líderes comunitarios. Durante la tercera semana de agosto, PLAN tuvo que subcontratar a una empresa especializada para investigar y determinar los mejores programas para poner al aire el material radial en las dos estaciones más populares al nivel de la comunidad. Se esperaba que los anuncios estuvieran en el aire para mediados de septiembre.

El equipo de IEC desarrolló el guión para el programa de títeres y se contrató a un títerero profesional para diseñar y producir los muñecos y el escenario. Los programas de títeres se presentarían en diferentes comunidades y mercados.

El liderazgo del equipo de IEC de PLAN fue dinámico y mantuvo motivado al equipo a pesar de muchas interrupciones del trabajo. Los miembros del equipo que pasaron a ocupar funciones en la IMMAL trabajaron mucho aprendiendo conceptos de IEC y luego aplicando la metodología de diez pasos para preparar una variedad amplia de materiales.

El equipo de evaluación asistió a una reunión en la comunidad de Chanchaló en Cotopaxi, organizada y conducida por dos facilitadores de PLAN, con la participación de 28 miembros de la comunidad: 25 mujeres, incluida la partera local y 3 hombres. Los objetivos de la reunión eran presentar los resultados del diagnóstico de la comunidad, tratar las causas principales de las defunciones maternas en la comunidad y motivar a la comunidad a ofrecer soluciones.

La reunión duró más de dos horas y el participante más activo fue la partera de la comunidad que respondió a la mayoría de las preguntas. No hubo ningún horario claro de la reunión; por consiguiente, los facilitadores de PLAN distrajeron su atención del tema central y pasaron a responder y formular preguntas sobre otros temas, como la planificación familiar y otros asuntos de salud, perdiendo la visión del objetivo principal de la reunión que era la evacuación médica en el caso de emergencias obstétricas.

Honduras

MotherCare contrató a la ONG hondureña, PRODIM, para manejar la IEC y las actividades de promoción de las comunidades en marzo de 1998. En julio de 1998, PRODIM finalizó una encuesta socioeconómica de 20 comunidades donde la iniciativa funcionaría en el Valle de Comayagua. Se preparó un plan de capacitación en atención obstétrica esencial a los miembros de la comunidad en septiembre de 1998, y una propuesta para capacitar a las comunidades en la movilización social alrededor de los temas de AOE en noviembre de 1998. PRODIM contrató a un especialista en IEC para diseñar una estrategia de IEC, lo que se cumplió en enero de 1999.

El contrato con PRODIM se rescindió a fines de marzo de 1999, y se dijo que el motivo fue el manejo deficiente, después de lo cual el PGC/Honduras contrató a un ex empleado de PRODIM para seguir el esfuerzo. Los materiales fueron diseñados, validados y producidos bajo la supervisión de esta persona durante la primera mitad de 1999 y la campaña de IEC se lanzó en julio de 1999. Esta incluía capacitación comunitaria con materiales de apoyo sobre señales de peligro antes de y durante el embarazo, durante el parto y el período posparto así como anuncios radiales sobre los mismos temas.

Los materiales de apoyo incluyen un rotafolio tamaño cuaderno para comunicación comunitaria e interpersonal; un manual pequeño sobre señales de peligro; un rotafolio de tela para capacitación comunitaria; un rompecabezas y un juego bingo sobre señales de peligro para capacitar al personal voluntario; un volante de tres hojas sobre señales de peligro para distribuir entre las mujeres de edad fértil; volantes de dos hojas sobre cada una de las señales de peligro para ser distribuido entre las mujeres que presentan factores de riesgo; calendarios de pared para distribuir entre las mujeres embarazadas; calendarios de mesa para el personal del MS, enumerando seis reglas de cómo tratar mejor a las pacientes; un formulario para identificar a todas las mujeres embarazadas en la comunidad, para el uso del personal de salud voluntario; y un volante sobre un plan de evacuación de emergencia para las emergencias obstétricas.

El proyecto también diseñó una tarjeta de derivación que pronto se usará en todo el MS-Comayagua. La tarjeta indica el diagnóstico inicial, el establecimiento de salud donde se vio al paciente por primera vez y el hospital al cual se lo refiere⁶. La tarjeta se le dará al paciente para que la tenga para referencia futura.

Esta amplia variedad de materiales se preparó como resultado de la creatividad y el trabajo arduo; sin embargo, la calidad no es tan alta como la producida en el Ecuador. El MS en Honduras ha expresado interés en una mayor distribución de estos materiales de mortalidad materna, pero eso sería prematuro hasta que se concreten las mejoras.⁷

⁶ El formulario no se limita a los temas maternos.

⁷ Por ejemplo, todas las mujeres en las ilustraciones usan el mismo vestido y el mismo color en todos los diferentes materiales, independientemente de su edad o situación. Las imágenes podrían hacerse más atractivas y realistas si las mujeres aparecieran más acordes con sus edades. Los rotafolios podrían ser más

Los evaluadores asistieron a varias sesiones de capacitación comunitaria dirigidas por el personal del PGC/Honduras con líderes y miembros de la comunidad que se convertirán en personal de salud voluntario. La capacitación se llevó a cabo usando el rotafolio y el manual de orientación. Los grupos participaron activamente en la capacitación y el facilitador del PGC demostró habilidad y capacidad para mantener a los participantes interesados y activos a lo largo de un día completo de capacitación.

Bolivia

Los informes orales y escritos de Bolivia indican que el componente de IEC se ha demorado debido a la lentitud en otros temas de implementación de programas en ese país piloto.

Participación y compromiso de la comunidad

La participación comunitaria en las zonas rurales del Ecuador avanza lentamente, lo que se debe al proceso largo de gestación del desarrollo de los materiales de IEC ocasionado, en parte, por los meses en que se detuvo el trabajo en el MS mismo. Como señaláramos anteriormente, los materiales recién ahora se prueban en el campo después de casi un año de desarrollo. También se debe a las características socioculturales de la población ecuatoriana. Las mujeres especialmente son tímidas, reservadas y rara vez reciben bien la participación de extraños en sus comunidades. Muchos creen que la muerte de una mujer durante el parto es cosa natural. Las mujeres asisten a las sesiones educativas pero se mantienen generalmente calladas y a veces muestran poco interés en lo que se está diciendo. Esto se observó durante la visita a Chanchaló.

PLAN ha estado organizando reuniones con los dirigentes y otros miembros de la comunidad para informarlos y motivarlos. Se entregan invitaciones escritas personalmente con varios días de antelación en un intento de promover la participación. A pesar de esto, la asistencia a las sesiones puede ser poca.

La negativa de las mujeres a ir a los establecimientos de salud para parir se explica por la creencia que el parto debe ser un evento íntimo, lo que es en sus propios hogares. Hubo numerosos informes de mujeres indígenas con miedo a los hospitales debido a los procedimientos usados y la manera irrespetuosa y despectiva con que sienten que las trata el personal del hospital.

Algunas condiciones hondureñas son diferentes. La población meta es de un nivel educacional más alto y mucho menos indígena. Las mujeres entrevistadas eran más

eficaces si el texto correspondiente se imprimiera al dorso de cada ilustración para recordar al educador lo que debe decirse en cada página. El calendario podría ser más eficaz si los mensajes se imprimieran en ambos lados, para que el personal de salud pueda tenerlos en cuenta todo el año, no sólo durante 6 meses. El minicartel sobre el plan de emergencia y el volante sobre señales de peligro antes del embarazo usa un lenguaje complejo que no es el lenguaje diario usado por la población. Finalmente, el logotipo usado en todos los materiales no se centra lo suficiente en el objetivo principal de la campaña: salvar las vidas de las mujeres mediante un plan comunitario de evacuación de emergencia.

educadas, francas, activas y abiertas; algunas de ellas viven en las áreas periurbanas, y ya estaban bien organizadas. Cada comunidad tenía líderes bien identificados que obtienen la colaboración de la comunidad en una actividad dada.

Los aspectos de extensión comunitaria de las actividades en Honduras fueron notables. Con la cancelación del contrato de PRODIM, el PGC/Honduras adoptó la parte de promoción de las comunidades de la iniciativa (RI 1) así como sus responsabilidades en la parte hospitalaria de la iniciativa (RI 2). Mediante la contratación creativa de un médico experimentado en desarrollo comunitario, no se vio afectada esta parte de la iniciativa. Se visitaron varias comunidades periurbanas donde estaba funcionando la iniciativa; las mujeres de las aldeas estaban bien informadas acerca de las complicaciones obstétricas y buscaban activamente soluciones para las comunidades. La calidad de los talleres de la comunidad en los que participó el equipo de evaluación fue muy alta. Las actividades de IEC fueron bien recibidas. La gente acogió con beneplácito la oportunidad de convertirse en personal de salud voluntario y estaba orgullosa de asociarse oficialmente con el MS.

En lo referente a la movilización de las comunidades, el equipo de evaluación visitó varias comunidades en Comayagua y pudo asistir a diversas actividades del proyecto. En una comunidad, se hizo una reunión con 18 mujeres que eran líderes de la comunidad para tratar y analizar su experiencia en completar el formulario para identificar a las mujeres embarazadas en la comunidad. Dos mujeres del personal de campo del PGC dirigieron la reunión. Cada mujer había llenado bien su formulario y estaba ansiosa de informar acerca de su experiencia. Cada mujer estaba encargada de visitar cada casa de su manzana para preguntar si había mujeres embarazadas viviendo allí. En dicho caso, tenían que entrevistarlas para obtener datos básicos que le permitieran monitorear e informar al vecino. Todas las mujeres podían indicar las cuatro señales de peligro durante el embarazo (que no se habían mencionado en esta reunión, sino en la capacitación anterior). Una mujer del PGC/Honduras era diestra como facilitadora y la otra estaba en camino de serlo también bajo la supervisión de aquella. Ambas cayeron muy bien y se ganaron el respeto de la comunidad.

En un municipio, el PGC/Honduras promovió la formación de una fundación local para recaudar fondos para el transporte de mujeres con emergencias obstétricas, la Fundación para las Mujeres de Edad Fértil (FUMEF). Se hizo una reunión en la oficina del alcalde para abrir 16 cajas de recaudación que se habían colocado en lugares públicos en todo el pueblo. El alcalde inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes: 11 mujeres, 6 de las cuales eran parteras y 3 hombres. Los fondos tenían que depositarse en un banco y pagar el transporte de las mujeres pobres con emergencias obstétricas al hospital. Las actividades de recaudación de fondos serían continuas y FUMEF tenía que desarrollar actividades para crear conciencia sobre la mortalidad materna y la función de la comunidad en salvar las vidas de las mujeres. Antes de que comenzara la sesión, se les solicitó a los participantes que indicaran las cuatro señales de peligro durante el embarazo y lo hicieron correctamente.

Hubo informes de otra comunidad donde un grupo comunitario conformado por el proyecto estaba compuesto de dueños de vehículos que se están organizando para transportar a las mujeres al hospital en el caso de emergencias obstétricas. Contaron con el apoyo total del alcalde que ofreció colaborar con cerca de US\$ 3.500 de los fondos municipales para estas evacuaciones médicas de emergencia.

Lecciones aprendidas

Las lecciones clave aprendidas en un país son que la iniciativa está logrando avances importantes en mejorar el porcentaje de adultos que pueden indicar señales de peligro durante el embarazo y manifestar la intención de usar los servicios en caso de una emergencia obstétrica. Además, se están logrando avances en preparar planes comunitarios de evacuación de emergencia y mejorar los vínculos entre los grupos de la comunidad y los trabajadores de salud. Esto está teniendo lugar a fuerza de liderazgo eficaz del proyecto y la participación activa de los funcionarios regionales del Ministerio de Salud, junto con la demanda alta de la comunidad de mejores servicios obstétricos. En otros países piloto, la calidad de los materiales de IEC es muy alta. Sin embargo, las demoras en la implementación han indicado que la movilización comunitaria no ha registrado un gran progreso.

Hay un tema más amplio sobre el que es útil pensar para cualquier proyecto posible de seguimiento: *¿Cuán apropiado y útil es gastar recursos en desarrollar una función para la comunidad en lo que podría concebirse como fundamentalmente una iniciativa médico-hospitalaria?* El concepto de la "visión holística" tratado en la primera sección de este capítulo debe responder claramente la pregunta en un sentido afirmativo.

Resultado Intermedio 2: Mejorar la calidad de atención en el primer nivel de derivación

El PGC se encarga del logro del Resultado Intermedio 2: el desarrollo, la puesta a prueba, la evaluación y la difusión de los enfoques para mejorar el uso de los protocolos, las normas y las pautas del primer nivel de derivación. Esto debía ser medido por los países piloto donde aumentó en 15 puntos porcentuales el porcentaje de establecimientos seleccionados en los distritos piloto que tienen la capacidad de proporcionar AOE con respecto al año anterior.

El PGC ha adaptado su metodología de garantía de calidad, desarrollada durante los cinco últimos años, al tema de la atención obstétrica. En dos países, esto ha comprendido proyectos de diseño y rediseño, actividades que son desarrolladas por el personal local del PGC y del MS, sobre la base de la identificación de problemas, generando una lista de soluciones potenciales, eligiendo y ejecutando una o más soluciones y evaluando si se ha resuelto el problema. Se realizó un taller inicial de diseño/rediseño de la metodología de diez pasos en cada país piloto. Se desarrollaron originalmente seis proyectos en el Ecuador y seis en Honduras. En ambos países, los proyectos incluían recepción y triaje, la derivación y la derivación inversa, la atención prenatal y la movilización

comunitaria/IEC. Actualmente, hay cinco proyectos en marcha en el Ecuador, y ocho en curso en Honduras. A continuación, se hace una descripción breve.

Los proyectos de recepción y de triaje incluyen el trabajo de hacer prioritaria la llegada del paciente de atención materna, reduciendo los períodos de espera, facilitando la atención materna de enfermas hospitalizadas, las mejoras en la iluminación, pintando flechas en las paredes para mejorar la circulación de las pacientes, mejorando los asientos en las áreas de espera y techar las áreas de espera a la intemperie. También se les ha dado capacitación a los vigilantes de hospitales para alentarlos a que faciliten la admisión de las mujeres embarazadas, especialmente las que llegan con complicaciones o en un estadio avanzado del trabajo de parto. La mayoría de las actividades hasta ahora se han centrado en los temas de recepción. El triaje, en sí, enseñando la necesidad de excluir a algunas pacientes o tratando las emergencias antes de los casos que no son, todavía no ha constituido una parte importante de estos proyectos.

Los proyectos de atención prenatal (control prenatal) se ocupan de disminuir los períodos de espera, brindar atención eficaz y oportuna, mejorar el tratamiento de mujeres y desarrollar un mejor conocimiento de la satisfacción de pacientes. Una propuesta está dedicada íntegramente a mejorar las destrezas interpersonales de los trabajadores de salud del programa. Los logros en un centro de salud (Latacunga, Ecuador) han incluido mejoras en la higiene, la privacidad, suficiente ropa de cama, y el mantenimiento y la conservación general del equipo. Un tercer esfuerzo de diseño/rediseño ha intentado encarar las limitaciones de infraestructura. Tanto el Hospital Santa Teresa en Comayagua (Honduras) como el de Latacunga en el Ecuador tienen escasez crítica de espacio que da lugar a que la atención obstétrica se dé en algunas áreas no contiguas (internación, trabajo de parto, salas de partos, atención al recién nacido y cirugía). En Latacunga, no hay ninguna sala de emergencias maternas; las mujeres en busca de atención materna tienen que subir a pie varios metros de escalera al área de obstetricia antes de ser vistas por un profesional de salud. La atención obstétrica de emergencia se proporciona en el área de emergencia general del hospital, una sala equipada con sólo cuatro camas sin privacidad, también igualmente distante de la sala de partos y de las áreas de atención de pacientes de maternidad internadas. Las salas de posparto se encuentran en otro piso, lo que requiere que la madre que acaba de dar a luz camine una distancia larga a la sala de recuperación. Los esfuerzos para mejorar estas condiciones se han enfrentado con la resistencia de diversos focos de poder—los médicos de la sala de operaciones contra los médicos de la sala de emergencias contra los obstetras, por ejemplo—y las limitaciones de espacio y presupuesto.

En el Hospital Santa Teresa, las camas de recuperación posparto las comparten entre dos mujeres y sus recién nacidos; además, las camas se juntaron en el pabellón con apenas treinta centímetros o menos de distancia. Sólo hay un lavatorio a alguna distancia del área de pacientes de posparto internadas y carece de higiene adecuada y a veces sin agua corriente. Las áreas de pre-parto y de parto tienen poca circulación de aire circulante y carecen de sábanas, y el espacio para que las mujeres puedan caminar es limitado. Hay una cantidad considerable de equipo obsoleto que ocupa el espacio ya limitado. Los

proyectos de diseño/rediseño han tratado de encarar estas barreras difíciles de logística y de espacio sin mucho éxito.

Otro esfuerzo de diseño/rediseño ha encarado el tema de la derivación de emergencia de un establecimiento de servicio de nivel inferior al hospital regional. En el Ecuador, no existe tal sistema y en Honduras, el sistema actual no funciona. El sistema hondureño actual usa formularios de transferencia que no se llenan; es más, no se hizo la derivación inversa: el diagnóstico del médico del hospital central se quedó en el hospital de mayor nivel. En Honduras, el proyecto de diseño ha desarrollado un formulario nuevo de derivación que está en la fase de prueba. Sin embargo, la información en el nuevo formulario es demasiado general en lo referente a las complicaciones de embarazos y no está bien indizado y no tiene ninguna clasificación en lo que se refiere a tipo de complicación, la fecha o las conclusiones clínicas, información que a menudo constituye la razón de la derivación. Es más, el formulario no es exclusivamente para emergencias maternas, sino que incluye una lista de las complicaciones que afectan tanto a los adultos como a los niños. Aparentemente, el instrumento de derivación que diseñara el PGC en el Ecuador se está implementando sin haber sido sometido previamente a prueba.

En Honduras, se han desarrollado otros tres proyectos. Uno es un plan para asegurar los servicios de ambulancia oportuna de un centro materno de partos distante al hospital regional; a continuación, se describirán otros dos en forma más completa.

Conclusiones generalizadas

Se seleccionaron quince historias clínicas al azar⁸ para echar un vistazo general a la calidad de la documentación obstétrica que se halla actualmente en los hospitales que apoya el PGC. Las historias clínicas examinadas contenían una serie de formularios sin ningún orden particular, con información repetitiva; además, con información no estandarizada y a veces, contradictoria. Amén de eso, la mayoría estaban incompletas. A veces, los archivos incluían información acerca de todas las hospitalizaciones anteriores de la mujer. La evolución del tratamiento de los médicos se encontraba aparte del tratamiento de las enfermeras o del de las auxiliares de enfermería. La información pre-nacimiento estaba incompleta. En algunos casos, habían seis horas entre las anotaciones y la frecuencia de exámenes posparto era particularmente baja. Algunas historias no tenían diagnóstico; otras tenían resultados clínicos incompletos. Algunas no indicaban si era el primer nacimiento de la madre. Donde había un partograma, no había ningún otro gráfico que lo acompañara. Había poca secuencia en cuanto al diagnóstico, la identificación, la evolución y el manejo del caso. Las historias clínicas del centro de salud estaban más completas y demostraron más inquietud por las señales y los síntomas; sin embargo, aun así, parecía que se habían adoptado pocas medidas sobre la base de los conclusiones. Algunas de las historias no incluían condición fetal. No había ni uso de una balanza ni monitoreo de la altura uterina. Finalmente, parece que hay poco examen de parte del hospital de los casos más complicados. Rara vez se utilizaron los partogramas.

⁸ El Hospital Salcedo en el Ecuador, el centro de salud de Latacunga en el Ecuador y Hospital de La Paz en Honduras).

Si bien estas observaciones indican que se necesita hacer un esfuerzo importante para mejorar las historias clínicas al nivel de servicio (RI 2), es muy probable que las condiciones descritas sean características en toda la IMMAL y, por consiguiente, tienen también implicaciones obvias a nivel de política (RI 3).

Casi todos los entrevistados reconocen que los niveles actuales de la atención obstétrica y neonatal carecen de muchos elementos clave, y se expresó en general una necesidad de mejora. Los proyectos de diseño/rediseño del PGC se han orientado en gran parte al mejoramiento de los mecanismos de derivación, el acceso y la recepción más rápida de la paciente embarazada en el hospital. En el Anexo H se describen cuatro casos clínicos observados durante los viajes al campo. Estos casos indican la necesidad de más esfuerzo en mejorar la atención obstétrica en los hospitales de derivación de primer y de segundo nivel.

Ninguno de los proyectos de PGC han encarado acciones específicas para mejorar la detección y gestión oportuna de las cuatro causas principales de mortalidad materna—hemorragia, septicemia, hipertensión/eclampsia y el parto obstruido—y la hipoxia neonatal.

Conclusiones de Ecuador

Al nivel provincial, el PGC/Ecuador ha logrado la participación activa de las autoridades y del personal del MS en las actividades del proyecto. Se observó un liderazgo adecuado en algún personal del MS, un elemento clave para la implementación del proyecto. El director provincial de salud está comprometido con las actividades del proyecto y ha alentado el esfuerzo del grupo y el trabajo en equipo entre su personal; también hizo algunos cambios de personal para alcanzar las metas del proyecto. Por ejemplo, el director anterior de ginecología en el Hospital de Latacunga fue transferido a un puesto menos importante como resultado de la presión de los colegas generada por el proceso de garantía de la calidad de PGC.

Al nivel de la prestación de servicios, la información del hospital sobre las causas y la frecuencia de complicaciones obstétricas se encuentra dispersa en una cantidad de registros de diferentes hospitales y por consiguiente el personal no la analiza por temas, tendencias o identificación de problemas. El alta de los pacientes ginecológicos se combina con información general de pacientes del hospital. Los problemas médicos recurrentes son por consiguiente difíciles de identificar.

La mayoría del tiempo del personal en el Ecuador se ha empleado en actividades de trabajo en el hospital provincial, con sustancialmente menos tiempo de trabajo en los hospitales u hogares maternos de parto a nivel de cantón. La definición de "primer nivel de derivación" no ha servido en el Ecuador para aclarar si esta es una decisión apropiada, en parte porque ambos niveles proporcionan atención de primer nivel al paciente.

En algunos centros de servicio, se informa que hay mejor calidad de atención y menos tiempo de espera para las mujeres embarazadas. La recepción y circulación de pacientes

han mejorado en dos de los tres proyectos de diseño/rediseño y se está trabajando en un sistema de derivación, el primero en el país. Sin embargo, muchos establecimientos de servicio todavía tratan a las mujeres embarazadas como a los otros pacientes enfermos; las mujeres tienen que esperar varias horas con todos los otros pacientes que llegan a los centros de salud con todo tipo de problemas de salud. Se les podría poner al tanto a las comunidades indígenas, especialmente a las mujeres, acerca de las actividades del proyecto y el enfoque nuevo, acelerado del embarazo y de los servicios de parto ofrecidos. El Centro de Salud de Saquisilí (actualmente fuera del área de la IMMAL) es un buen ejemplo de este enfoque.

Los esfuerzos de diseño de calidad en el Hospital Salcedo han revitalizado o reemplazado el equipo ginecológico y las mesas sin usar.

El equipo también visitó el centro de espera materna en Latacunga, una opción para las mujeres de alto riesgo que viven en áreas distantes y desean dar a luz en el hospital, ya que ofrece alimentación y alojamiento a cualquier mujer embarazada durante los últimos estadios de su embarazo y del período de posparto. El centro actualmente está subutilizado y enfrenta serias dificultades financieras.

Considerando la metodología del PGC, el proceso de diez pasos como lo desarrolló el PGC/Ecuador está bien sistematizado. Sin embargo, la experiencia ha indicado que puede ser un proceso prolongado y complejo, y el PGC/Ecuador ahora está estudiando cómo puede comprimirse para que se puedan obtener resultados más rápidamente.

El PGC/Ecuador recientemente empezó a experimentar con una metodología de capacitación basada en el estudio de casos. Una vez que se hayan desarrollado las normas nacionales, como en el caso del Ecuador, el próximo paso es hacerlas operativas definiendo los estándares y los protocolos para las normas. En el Ecuador, el MS está entrando en ese estadio y el PGC sirve de asistencia. Se ha diseñado un formato con preguntas que les sirven a los proveedores de servicios para aprender las normas actuales mediante el examen de un legajo clínico real.⁹ Los resultados preliminares indican que la metodología de estudio de casos puede usarse como una herramienta de capacitación y aprendizaje, pero puede ser más eficaz si se acompaña de la definición adecuada de problemas. Esto incluye una secuencia de cuatro estadios: la identificación de las señales y los síntomas, la evaluación necesaria de los procedimientos o de exámenes, confirmación de diagnósticos y la medida apropiada a adoptar. Parecería que la

⁹ La primera prueba de esta metodología de estudio de casos tuvo lugar en el Hospital Salcedo con la historia clínica de un parto obstruido. En la tabulación preliminar de los resultados de la prueba, todas las respuestas clasificaron correctamente el caso como un embarazo de 40-43 semanas con trabajo de parto comenzado. Bajo signos vitales, nadie formuló observaciones en lo referente al tamaño pélvico, la presentación fetal, la dinámica uterina (aunque algunos mencionaron que un examen obstétrico podría haber incluido estos signos vitales) y no había ningún registro de una hidratación materna o una evaluación hipoglucémica. Había anotaciones incongruentes como el trabajo de parto mayor de 14 horas y observaciones en lo que se refiere a los métodos y tratamiento iniciales. En la pregunta sobre "dificultades en el tratamiento," varios entrevistados mencionaron la falta de un Doppler, ecografía o el acceso a una farmacia con servicio las 24 horas. La mayoría respondió que se debía administrar fenoterol (un inhibidor uterino).

metodología sería útil para identificar las necesidades de capacitación adicional; sin embargo, estos primeros resultados indican que la metodología de estudio de casos puede ser menos útil para la promoción del uso de normas y estándares. Además, la metodología no incluye el examen o la aplicación de ninguna técnica clínica en el manejo de las cuatro emergencias obstétricas básicas.

La metodología de diez pasos está teniendo dificultades en lidiar con los distintos niveles de la burocracia y la complejidad del hospital regional Latacunga. En el hospital regional, se han estado gestando tres proyectos (de un total de cinco en el PGC/Ecuador) durante 15 meses, que es mucho tiempo para no ver muchos resultados. Esto se ha debido en parte a los paros en el trabajo del MS, pero también porque muchos de los proyectos de diseño exceden las capacidades de toma de decisiones y de ejecución del equipo. Algunos miembros del equipo del MS formularon observaciones que la metodología había dado lugar a sesiones tediosas, a veces. Existía también la percepción que algunos de los proyectos de diseño pueden ser más que nada teóricos. La metodología del PGC parece funcionar mejor cuando se aplica en los establecimientos más pequeños, como los centros de salud o los hospitales de cantón, donde el personal desde el director al nivel más bajo, se pueden comprometer plenamente con los esfuerzos de garantía de calidad y hay menos tráfico de influencias.

También en lo referente a la metodología, los miembros de la comunidad ya no participan en los comités de diseño/rediseño del hospital y el proyecto todavía no ha explorado un mecanismo para reemplazar esta voz ausente de la comunidad.

En lo referente a la extensión, algunos funcionarios del PGC/Ecuador parecen satisfechos con trabajar en una zona geográfica muy pequeña, con una cantidad pequeña de establecimientos de salud, con pocos proyectos de diseño/rediseño. Un resultado es que se ve en gran medida al PGC/IMMAL como una actividad hospitalizada. Además, dado que el comité directivo nacional no funcionó durante 8 meses, el PGC inició actividades del proyecto en Cotopaxi trabajando con las autoridades locales del MS y sin comunicarse con el nivel central del Ministerio. Un resultado es que el Ministerio de Salud en Quito informa que en buena medida no está informado del estado del proyecto, mientras al mismo tiempo manifiesta un interés manifiesto en aplicar la metodología de garantía de la calidad en otras áreas aparte de la obstetricia en el resto del país.

Finalmente, la coordinación y colaboración entre el PGC y OPS/Ecuador son débiles. Los componentes de establecimiento y política, PGC para el RI 2 y la OPS para el RI 3, respectivamente, parecen estar funcionando como dos proyectos aparte y hay algún sentimiento de competencia y de fricción. La USAID/Ecuador intervino recientemente para mejorar la relación entre el PGC, la OPS y el MS y a reiniciar las reuniones periódicas del comité directivo. Además, PLAN International está llevando a cabo las actividades al nivel comunitario con escasa cooperación y asistencia técnicas del PGC. Además, PLAN informó que todavía no tiene un contrato escrito con el Centro de Servicios Humanos (CHS, en inglés) y con JSI para la segunda mitad del proyecto. El personal de PLAN no está seguro de su función ni de su presupuesto, y esta situación está teniendo repercusiones negativas en la motivación y el desempeño del personal.

Conclusiones de Honduras

La iniciativa del PGC/Honduras ha generado ocho proyectos activos de diseño/rediseño. La mayoría de los proyectos del PGC de diseño/rediseño en Honduras son similares en el alcance a los del Ecuador, es decir, de utilidad limitada en la mejora del uso de protocolos, normas y pautas y demostrar los modelos nuevos eficaces de mejor atención materna hasta el presente. Dos actividades, sin embargo, tienen un potencial bien alto para la replicabilidad y la repercusión en un futuro próximo. Cada uno merece alguna descripción.

El hospital departamental en Comayagua, el Hospital Santa Teresa, estaba diseñado para servir a una población de 50.000; ahora sirve a 500.000. Abarrotado y corto de medicamentos, equipo esterilizado, personal y dinero, el hospital ha estado practicando la medicina de triaje durante al menos una década. Su poder letal materno ha sido el peor en el país.

Bajo los auspicios de un proyecto de la IMMAL de diseño/rediseño, Santa Teresa está empezando a cambiar. El personal del hospital informa una baja en el período de espera, especialmente para los pacientes obstétricos que se han convertido en una prioridad del personal. La remodelación centrada en el paciente está bajo discusión dentro del equipo de diseño/rediseño. El tema de cómo el paciente es tratado (trato humano) ahora está siendo tratado por el personal del hospital. Se condujo una encuesta de salida sobre la satisfacción de los pacientes, la cual mostró que las mujeres reconocen que el personal del hospital les está dando mejor trato. Se está tratando de iniciar un programa voluntario de la comunidad para ayudar a aliviar la escasez de personal. El personal del hospital informa sobre el mejoramiento general en el aseo del hospital y la reparación oportuna de los sistemas de agua y eléctrico del hospital.

Aún más importante que estas mejoras en ciernes, parece haber mejorado el espíritu del hospital. Las actitudes negativas y de resentimiento del personal se están reemplazando ahora por una mayor inversión de entusiasmo personal y el sentido que se están haciendo mejoras y que es posible el cambio positivo generado localmente. Es importante no exagerar este hallazgo, porque todavía se pueden dar contratiempos en el proceso de diseño/rediseño y las condiciones materiales del Hospital Santa Teresa todavía no cumplen las normas nacionales o internacionales. No obstante, parece que se está dando un cambio real de actitudes bajo el auspicio de la IMMAL.

En el Centro de Salud José María Ochoa, que está cerca del Hospital Santa Teresa, se está dando un segundo cambio notable. Los datos actuales de Santa Teresa indican que el 85 por ciento de los partos son normales, y no requieren ninguna intervención hospitalaria especializada. Sin embargo, hasta la fecha se ha clasificado al José María Ochoa como un centro de salud con médico pero sin función obstétrica. El proyecto de diseño/rediseño del PGC está ayudando al Centro de Salud José María Ochoa a reclasificarse a sí mismo como establecimiento de parto materno. Con ese cambio, el centro propone manejar tantos embarazos sin complicaciones como pueda. Un establecimiento similar creado bajo iniciativa local a 50 kilómetros de distancia maneja 1.500 partos por año. Si el José

María Ochoa maneja esa cantidad de embarazos normales, reduciría la carga de pacientes del Santa Teresa en un tercio. Más allá de eso, los planes regionales son pasar de tener 5 de dichos centros a 10 en el próximo año. Por primera vez en por lo menos 10 años, existe la posibilidad de que mejore la atención obstétrica en el Valle de Comayagua próximamente en una forma que era inconcebible hace apenas 15 meses.

Otra lección posible es que es importante estandarizar el honorario que cobran los establecimientos para que no haya ningún incentivo económico de usar mucho uno y poco al otro. Se debe desarrollar una estructura de costo que tenga en cuenta un nivel diferente de servicio en los hospitales (superpoblados). (En realidad, la meta ideal sería cobrar más en el hospital, el nivel de servicio más alto y menos en el nivel de servicio inferior, para brindar un incentivo económico que los establecimientos de servicio se usen como el recurso escaso que son.¹⁰) Segundo, el manejo descentralizado, a nivel local, de los fondos parece una manera relativamente fácil de mejorar la calidad de la atención obstétrica proporcionada por un centro de servicio y, al mismo tiempo, proporcionar fondos esenciales de operación en un momento de escasez aguda de presupuesto del nivel central.¹¹

El proyecto también parece haber generado varios efectos derivados. Al enterarse de las actividades del proyecto, varias autoridades locales de los municipios vecinos solicitaron la ayuda del proyecto para realizar ejercicios municipales de planificación estratégica en la primavera de 1999, a lo que respondió el PGC. El director del Departamento de Control de Calidad del MS está comprometido en particular con las actividades de la IMMAL y muy interesado en la supervisión en curso. En mayo de 1999 se publicó un documento titulado *la Estrategia para la Garantía de la Calidad*. El 1° de octubre de 1999, el PGC y la OPS estaban proponiendo copatrocinar un “Día Nacional de Atención de Calidad”. En el campo, las mujeres hondureñas informan que no les gusta dar a luz en los hospitales debido al tratamiento deficiente que reciben de las enfermeras. Uno de los proyectos de diseño/rediseño del PGC/Honduras está teniendo como efecto secundario que algunos proveedores de atención de salud se están interesando en mejorar su actitud y sus destrezas de comunicación.

No es probable que se obtengan ganancias similares en el departamento vecino de La Paz donde el equipo de diseño/rediseño se ha tropezado con la apatía del director del hospital y la falta de compromiso del ginecotocólogo residente. En este hospital, se vio claramente que el personal de enfermería no se sentía impotente. En contraposición con

¹⁰ Recomendado en la Evaluación de Medios de Plazo del II Proyecto del Sector Salud (522-0216), preparado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Ministerio de Salud de Honduras, POPTECH, septiembre de 1998.

¹¹ Esta observación viene a cuenta de la observación del consultorio materno en Siguatepeque, donde durante cinco o más años, un comité cívico local y el consultorio materno han establecido una política de cobrar 100 Lempiras (US\$14) para que las mujeres den a luz en el consultorio. Si bien esta suma es casi el triple de lo que cobra el Hospital de Comayagua, la calidad de la atención en Siguatepeque es tal que muchas mujeres prefieren dar a luz en el consultorio de Siguatepeque en lugar del hospital de Comayagua. La mitad del honorario va al Departamento de Salud del MS; la otra mitad se queda en el consultorio para mejorar la atención.

el consultorio de Siguatepeque o con el Hospital Santa Teresa, donde las auxiliares de enfermería se sienten orgullosas de ser las primeras proveedoras de atención obstétrica, en el Hospital de La Paz las enfermeras informan de manera categórica que ellas solamente hacen lo que se autoriza por escrito. Como resultado general que surge de la comparación entre los dos hospitales en Honduras, se concluye que sin el compromiso activo de los médicos del hospital, es difícil ver cómo la IMMAL puede mejorar de manera cuantificable la mortalidad materna en el futuro previsible.

En lo relativo a la confección de normas y de protocolos, el equipo del PGC/Honduras está terminando la capacitación de las auxiliares de enfermería y enfermeras del MS en el manual de normas mediante la contratación de una enfermera licenciada para realizar la capacitación. La metodología consiste en conferencias sobre el manual y una discusión posterior dirigida por la facilitadora. Cada participante recibe observación de manejo clínico de con por lo menos dos casos asistidos supervisados. La capacitación/creación de capacidad dura dos días para las enfermeras licenciadas y las auxiliares de enfermería y hay una revisión sólida de los temas de parto y atención al recién nacido. La capacitación tiene lugar en 5 días en los centros de salud y hay un examen especial en cuanto a los temas de la atención prenatal, atención posparto y planificación familiar. Aunque no está incluido el manejo de las complicaciones obstétricas, esto parece ser un régimen eficaz de capacitación.

Parece que debe dárseles una amplia exposición a los avances que se dan en la preparación estándar y de protocolos en Honduras en toda la IMMAL. El PGC podría estudiar los manuales hondureños para utilizarlos en los otros dos países piloto y la OPS podría hacer lo propio para utilizarlos en toda la región.

Lecciones aprendidas

En un país piloto, se está dando un aprendizaje sustancial acerca del desarrollo, puesta a prueba, evaluación y difusión de los enfoques para mejorar el uso de protocolos, estándares y pautas al primer nivel de la derivación. Se están haciendo ganancias importantes, repetibles en mejor atención obstétrica esencial. En otro país, se logran menos ganancias aunque algunas actividades están en marcha para mejorar la recepción y la circulación de pacientes. Puede ser que la metodología de diseño/rediseño funcione mejor en los establecimientos más pequeños y en tareas menos complejas donde se pueda lograr más fácilmente que el personal participe activamente, donde la política de poder y las limitaciones logísticas/de establecimiento haga menos probable que se obtengan ganancias importantes. Es esencial que el MS se comprometa con el proceso de diseño/rediseño: donde exista o pueda fomentarse, es probable que los proyectos tengan éxito; donde no existan o no puedan fomentarse, probablemente los proyectos no prosperarán.

Algunos proyectos de diseño/rediseño del PGC parecen encarar temas periféricos de obstetricia más que los importantes. La concentración en los cuatro problemas obstétricos esenciales—hemorragia, septicemia, hipertensión/eclampsia y parto dificultado—ayudaría a abordar este tema. Finalmente, hay una oportunidad subutilizada sustancial de

aprender de los establecimientos fuera de las áreas de la IMMAL donde también se logran ganancias en la reducción de la mortalidad materna.

Resultado Intermedio 3: Mejorar el entorno de política

La OPS se encarga del logro del Resultado Intermedio 3: “la ejecución intensiva de los aspectos de AOE del Plan Regional de Acción [OPS] para la Reducción de la Mortalidad Materna”

El cuadro 2 esboza las diferencias entre los indicadores de la USAID y los de la OPS. Hay algunas discrepancias.

Cuadro 2: Diferencias en la formulación del indicador RI de la OPS

	Indicadores de paquete de resultados	Indicadores esquemáticos de OE Indicadores de la propuesta de OPS Indicadores de plan de trabajo
Resultado intermedio: Implementación intensiva de los aspectos de AOE del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna	<ol style="list-style-type: none"> 1) Países meta con políticas y planes para la movilización de las comunidades para aumentar la utilización de la Atención Obstétrica Esencial (AOE) 2) Países meta con programas financiados para la movilización de las comunidades para aumentar la utilización de AOE 3) Países meta con políticas y planes para la prestación de AOE al primer nivel de derivación 4) Países meta con programas financiados para la prestación de AOE al primer nivel de derivación 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estrategias regionales existentes de AOE ratificadas o revisadas 2) Comités coordinadores regionales y de país en funcionamiento 3) Mejor comunicación entre los directores del programa de país y el personal del programa regional 4) Los directores del programa cuentan con mejor información para las decisiones del programa 5) Mayor apoyo político de alto nivel para la implementación del plan regional a nivel de país 6) Adopción de cambios recomendados de política legislativa/reglamentaria

No está claro cuál de estas dos formulaciones es la operativa. Es evidente que se requiere que la USAID informe anualmente sobre los logros de acuerdo con la formulación en la primera columna. La propuesta y los planes de trabajo anuales de la OPS llevan la formulación en la columna dos. En función de las obligaciones legales, de los resultados cuantificables y de la información anual, es importante determinar cuál de las formulaciones es la más importante.

Conclusiones generales

Uno de los puntos fuertes de la OPS es su capacidad de mantener el impulso del programa a pesar del movimiento de los actores clave. La iniciativa de la IMMAL de la OPS sigue a pesar de varios cambios de gobierno (Honduras, Ecuador), cambios de los ministros de salud en todos los países visitados, innumerables cambios del personal de MS, cambios de los representantes de la OPS en todos los países visitados, cambios del funcionario de la OPS a cargo de las funciones de la IMMAL (El Salvador, Honduras) y cambios del personal de la Misión de la USAID (Perú, Honduras).

La IMMAL brinda financiamiento para una prioridad de organización de la OPS, y el financiamiento de contrapartes acordado dentro de la IMMAL compromete a la OPS a usar sus recursos para las prioridades mutuamente acordadas. La mortalidad materna se convirtió en uno de los objetivos explícitos de la OPS después de la duodécima reunión de la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990. El apoyo de la IMMAL a la OPS ha hecho una contribución válida al llevar las declaraciones de la OPS al mundo de las actividades operacionales. Según dijo un entrevistado, “la IMMAL ha ayudado a acelerar un proceso que ya estaba en marcha... y le ha permitido a la OPS a separar la mortalidad materna de las prioridades de planificación familiar y de salud reproductiva”. Otro consultor nacional observó, “la IMMAL le ha mostrado a los dirigentes políticos latinos que el trabajo para reducir la mortalidad materna no significa construir hospitales nuevos”.

Se han promovido varios eventos nacionales e internacionales dentro de la iniciativa. Se ha informado que la totalidad de los 11 países cuentan ahora con planes nacionales de salud en los que figuran las cifras de mortalidad materna en forma importante. Se han logrado varios sucesos regionales de alto nivel: las Reuniones Anuales de las Primeras Damas en 1997 y 1998, donde los especialistas en mortalidad materna presentaron sus logros anuales, y la realización de una teleconferencia sobre mortalidad materna en junio de 1998, incluyendo la participación de las Primeras Damas de los Estados Unidos, Bolivia, Ecuador y Perú. En abril de 1998, el Día Mundial de la Salud puso de relieve la maternidad sin riesgos y las muertes maternas innecesarias en los 11 países, y varios ministros de salud aprobaron en el 25^o Consejo Directivo la resolución sobre la salud reproductiva destacando la atención obstétrica de emergencias y concentrándose en las poblaciones indígenas. Las Primeras Damas se reunieron en Ottawa en el otoño de 1999 y la mortalidad materna fue un punto en el programa de esa reunión. Durante algunos meses, los consultores de la OPS han estado reuniendo un resumen legislativo para cada país que muestra la base jurídica de los temas de mortalidad materna.

El personal de la OPS tiende a ver su función como puramente orientada hacia la política. La percepción del equipo de evaluación es que generalmente en la OPS, la sinergia entre la política y el campo no se reconoce lo suficiente. Sólo en la OPS/El Salvador parece haber un reconocimiento adecuado que la experimentación del campo puede enriquecer el diálogo de política. En otros países, se podría hacer más para que el personal de la IMMAL esté mejor informado del aprendizaje de campo y del cabildeo en búsqueda del reconocimiento nacional de aquellos experimentos. La OPS/Washington podría adoptar

un perfil más alto en la promoción de esta interfase de política-campo en los 11 países de la IMMAL.

La ausencia de datos fidedignos sobre mortalidad materna se ha observado en otros lugares. En los países visitados, sólo se notifican aquellos casos que incluyen muertes en el recinto hospitalario y apenas existen datos en lo referente a las muertes no hospitalarias. Hasta un 50 por ciento de la población no usa los establecimientos del MS cuando da a luz. Sin una comprensión adecuada de las causas y la frecuencia de muertes que ocurren fuera de los hospitales, el reconocimiento de la magnitud del problema es deficiente. Se está registrando alguna actividad bajo el auspicio de la OPS de mejorar la vigilancia y se informa que se están conformando los comités de vigilancia de mortalidad materna bajo los auspicios de la IMMAL, aunque el equipo de evaluación no contaba con el número preciso. Se están aplicando nuevas estrategias en Perú y en Honduras de informar semanalmente por telefax las muertes maternas que podrían observarse para que se repliquen en forma amplia. El aprovechamiento recíproco por parte de la OPS de las experiencias de un país a otro puede contribuir a este tema.

Parece existir una separación entre las actividades de país de mortalidad materna de la OPS y las Misiones de la USAID. Como puede verse, en varios países, las Misiones locales de la USAID no están informadas en buena medida de las responsabilidades de la OPS en la IMMAL. La USAID/Washington precisa fortalecer sus vínculos con las Misiones. Además, el personal de país de la OPS precisa ser más activo en crear y mantener el conocimiento y el interés de las Misiones de la USAID en la IMMAL.

En todo el área de IMMAL, existe la necesidad generalmente reconocida de mejorar la atención obstétrica en el hospital. Cuatro casos clínicos observados durante el viaje al campo (anexo H), indican la necesidad de un trabajo continuo para mejorar la atención obstétrica aún en los hospitales de referencia de primer y de segundo nivel. Sin embargo, el compromiso de la OPS con la IMMAL todavía no ha encarado adecuadamente las acciones específicas para mejorar la detección y el manejo oportuno de las cuatro causas principales de mortalidad materna—hemorragia, septicemia, hipertensión/eclampsia y parto obstruido—y la hipoxia neonatal.

Ecuador

La mortalidad materna se está volviendo de creciente importancia en el programa nacional de salud del Ecuador. Se formaron dos comités coordinadores a mediados de 1997 con el apoyo de la OPS/Ecuador, uno al nivel técnico y otro al político, incluida la Primera Dama y los Ministerios de Salud y de Educación. Un producto inicial de ese esfuerzo fue la declaración que la mortalidad materna era una prioridad de salud pública, seguida de la promulgación de un Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna en junio de 1999.

Las actividades en mortalidad materna en el campo están en marcha en 10 provincias y el MS expresó el deseo de ampliar el esfuerzo a la totalidad de las 22 provincias. La Fase Uno incluyó la formulación de normas nacionales; la OPS/Ecuador participó en la

formulación de estas normas contratando consultores que ayudaron en la preparación del documento así como su difusión en los medios nacionales. La Fase Dos actualmente en marcha, incluye la transferencia del conocimiento por medio del desarrollo de materiales de autoaprendizaje y de un manual sobre el manejo de la obstetricia de emergencia que complementará las normas actuales.¹² La OPS/Ecuador también participó en este esfuerzo. Se supone que la Fase Tres incluye la transferencia de las destrezas obstétricas en los centros de capacitación que se propuso establecer en Cuenca, Riobamba y Quito para capacitar al personal del MS. En las 10 provincias, el personal de la OPS informa que se han conformado 181 comités de mortalidad materna a nivel provincial, en comparación con los 30 que existían hace dos años, como resultado de las actividades de la iniciativa.

A pesar de la publicación de estos documentos, se informó ampliamente que existe falta de claridad sobre el término atención obstétrica esencial en el Ecuador. Este hecho desacelera el desarrollo de regímenes de monitoreo y la aplicación generalizada de normas. Aunque las normas y los protocolos maternos y neonatales se han revisado recientemente con participación del proyecto, no se siguen. Los ginecólogos en el campo reconocen la necesidad de su aplicación correcta. Además, las normas se centran en factores de obstetricia de alto riesgo. Dado que la validez predictiva de identificar a los pacientes de alto riesgo es más bien limitada, concentrarse en mejorar la atención en las cuatro causas principales la mortalidad materna podría ser un foco mejor. La OPS podría proporcionar asistencia técnica para aclarar estos conceptos.

Se han desarrollado normas ecuatorianas como parte de un esfuerzo de salud reproductiva que también incluye temas de planificación familiar, infertilidad, menopausia y la adolescencia. El riesgo es que las medidas orientadas a disminuir la mortalidad materna posiblemente no reciban el énfasis adecuado en una atmósfera integrada, pero esta es la realidad de la situación.

En relación con el desarrollo de normas y protocolos, la OPS/Ecuador informó que su plan de acción comprende la difusión de las nuevas normas en una forma gradual y la transferencia del conocimiento, las destrezas y las capacidades. Asimismo, la OPS ha preparado el documento, *Las Funciones Obstétricas Esenciales al Nivel Primario de Derivación*. Durante la reunión de la Comisión Nacional, la OPS subrayó la necesidad de centrar el proyecto en los componentes de AOE, aunque no estaba claro cómo se estaba encarando esto.

Perú

¹² Podría fortalecerse el análisis que hace el manual del control de la hemorragia posparto y del parto obstruido. Además, la descripción del texto de la receta y el uso del medicamento (sueros, oxitócicos, anticonvulsivos, sedantes y antibióticos) requiere mayor exactitud, especialmente si el manual ha de ser usado por el personal a un nivel de atención primaria. El documento no contiene una descripción de los procedimientos o las destrezas necesarias en la atención obstétrica esencial (es decir, extracción manual de la placenta, manipulación del útero). Además, se incluye un ejemplo del partograma, pero no hay ninguna instrucción en cómo usarlo o interpretarlo.

La mortalidad materna tiene un lugar importante en el programa de salud nacional del Perú. La reducción de la tasa de mortalidad materna es una de las 10 prioridades en el plan nacional del MS. En 1998, hubo una campaña de educación nacional de 8 semanas de duración para promover la maternidad sin riesgos y la tercera semana de mayo ha sido designada como la Semana Nacional de la Maternidad sin Riesgo. La Primera Dama del Perú participó en una teleconferencia internacional con las Primeras Damas de los Estados Unidos, Ecuador y Bolivia. A principios de 1999, en una ceremonia pública en la que se presentó a un nuevo ministro de salud, el Presidente Fujimori citó específicamente la mortalidad materna como una de las prioridades de salud de su administración. El Viceministro de Salud preside un subcomité nacional de reducción de la mortalidad materna.

Una gran reforma está en marcha, en la cual la mortalidad materna ocupa un lugar prominente; se propone un proyecto a 10 años que incluye la reorganización del sector salud con financiamiento internacional de varios cientos de millones de dólares del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial. El Ministerio de Salud preparó un plan operativo para reducir las muertes maternas en 1997, estableciendo metas claras sobre la base del plan nacional publicado en 1995. Además, ahora existe información de calidad sobre las muertes maternas a nivel nacional; cada semana, cada establecimiento de salud en el país tiene que remitir un informe vía telefax al MS sobre las defunciones maternas durante la semana y la OPS informa que proporcionó supervisión técnica a estos comités.

La OPS/Perú ha contribuido a estas ganancias mediante la contratación de consultores en salud materno-infantil de Bolivia y Puerto Rico. El MS informa que la OPS brindó ayuda técnica en las áreas de epidemiología, técnicas, gestión, normas y procedimientos maternos. También proporcionará consultores en el nuevo proyecto BID/Banco Mundial. La OPS/Perú es miembro del comité nacional creado con apoyo de la OPS en 1999. La OPS ha producido folletos en un convenio innovador entre el MS y una ONG peruana influyente, los Comedores Populares, que promueve temas de reducción de la mortalidad materna. Se celebraron tres talleres regionales (Lima, Tacna y Trujillo), incluyendo la reducción de la mortalidad materna en la planificación regional descentralizada.

Hay una desvinculación o separación desafortunada entre la OPS a nivel nacional y un proyecto de campo de mortalidad materna financiado por la USAID/Perú, el Proyecto 2000. Aunque este proyecto tiene mucho para enseñar en función de mejorar la atención obstétrica en las zonas rurales, el personal de la OPS no ha visitado el proyecto en los más de cuatro años de su existencia. Aunque el Proyecto 2000 tiene varios puntos débiles, como lo demuestra una evaluación de mediados de plazo reciente, podría ser un laboratorio de aprendizaje importante para mejorar la atención obstétrica en el Perú rural (y, posiblemente, en toda Centro y Sur América rurales).

La USAID/Perú informa que no siente que la OPS forma parte del equipo y no considera que la OPS ha contribuido mucho a la reducción de la mortalidad materna. Tanto la USAID/Perú como la OPS informan trabajo en el asesoramiento a 13 mujeres

congresistas en temas de mortalidad materna, pero, es evidente que ninguna de las partes está informada acerca de las actividades de la otra.

El Salvador

La mortalidad materna puede estar ingresando en el programa de salud nacional en El Salvador. Se aprobó un Plan de Salud Reproductiva Nacional después de un año de trabajo el cual se publicó con apoyo de la OPS/El Salvador en abril de 1999. En este plan figuran los temas relacionados con la atención obstétrica. El nuevo Representante de País de la OPS, un ginecotocólogo, trabajó anteriormente como consultor técnico para el MS y contribuyó en forma significativa en la redacción del plan nacional. Se informa que el nuevo ministro de salud está interesado en el tema de la mortalidad materna, y el nuevo Viceministro es un ginecotocólogo. El presidente Flores creó un Día Nacional de la Partera hace varios meses y a la primera partera del pueblo se le dio el reconocimiento nacional por su contribución.

Otros desarrollos positivos son que se informa que cada uno de los 30 hospitales que brindan atención obstétrica ha conformado un comité de auditoría materna para investigar los casos de mortalidad materna, aunque el nuevo representante de la OPS indicó que la vigilancia de las muertes maternas todavía está relativamente subdesarrollada en la mayoría del país. La OPS financió un proyecto multidisciplinario en salud reproductiva y el establecimiento de una Comisión Nacional de Mortalidad Materna. Durante varios años, la OPS ha proporcionado ayuda técnica en el diseño de cursos de 5 y 10 días para las parteras comunitarias: 5 días para las que eran conocidas por el MS, 10 días para las que no.

Una innovación que ocurre bajo el auspicio de la OPS/El Salvador es una interfase campo-política. Como parte de su apoyo a la mortalidad materna, la OPS ha estado brindando asistencia técnica a largo plazo (proyectos piloto de factibilidad) a cuatro hospitales maternos. Recientemente, este apoyo incluyó talleres para desarrollar círculos de calidad. De acuerdo con los miembros del personal de un hospital, estos talleres contribuyeron a un sentido mejor de equipo, al establecimiento de un comité local de calidad, a llevar a cabo una encuesta de satisfacción del cliente, a la capacitación en servicio para las parteras de la comunidad afiliadas con el hospital y al trabajo del curso de mejoras en salud reproductiva. La OPS/El Salvador también informa que pronto co-financiará un curso de emergencia obstétrica para el personal del hospital.

La IMMAL en El Salvador ha sufrido a consecuencia de los cambios de personal. El consultor actual de la IMMAL es el tercero en el puesto y está llenando una asignación provisional mientras mantiene otras múltiples responsabilidades; es más, esta persona no tiene formación en salud. No se disponía de una copia de la descripción del programa de la OPS/Washington de la subvención de la USAID/OPS en El Salvador, lo que va en detrimento de la supervisión de las responsabilidades del proyecto o del logro de los compromisos del proyecto. Recientemente se había creado un puesto internacional (asesor de supervivencia infantil); esta persona se debe estar integrando al equipo de El Salvador en noviembre, en parte para asumir las responsabilidades de la IMMAL.

Menos del 50 por ciento de los nacimientos en El Salvador se dan en los hospitales (25 por ciento no son atendidos por nadie). El MS/El Salvador padece de cambios frecuentes de personal (en particular después de las últimas elecciones, como en este caso) y hay una necesidad de capacitar continuamente a personal nuevo del MS en la importancia de la mortalidad materna.

Hay inquietud acerca del esfuerzo de círculos de calidad de la OPS/El Salvador, a pesar de las observaciones favorables del personal del hospital de San Bartolo y las calificaciones del facilitador. Un examen del documento del taller encontró texto extraído con premura de otros documentos más grandes. El informe sobre la producción del taller es somero y describe varias reuniones en que los talleres tuvieron que comprimirse porque la gente no llegó a tiempo. Esta iniciativa debe reconsiderarse.

La Misión de la USAID informa que en gran parte no está informada de las metas y las estrategias de la IMMAL, aunque la iniciativa se trató en el curso de técnicas de avanzada dictado en Miami en septiembre de 1998, al que asistió el personal de PHN en El Salvador. La Misión expresó recientemente la opinión de que la “presencia” de la OPS “en la mortalidad materna [ha sido] en gran parte irrelevante”. Recientemente, la Misión informa que varios contactos favorables, iniciales, han tenido lugar con la llegada del nuevo Representante de País de la OPS.

Honduras

En Honduras, la iniciativa está fortaleciendo la atención nacional a la reducción de la mortalidad materna. Se publicó un programa de salud nuevo del MS en abril de 1998, donde la mortalidad materna figura como una de las diez prioridades nacionales. Los nacimientos institucionales han aumentado del 43 al 53 por ciento en los 10 últimos años. Recientemente, se ha realizado un plan nacional para la reducción de la mortalidad materna. El MS requiere que las muertes maternas se notifiquen cada semana, incluidas las que atendieron las parteras tradicionales. Se han establecido algunos hogares de espera materna (hogares maternos).

Con apoyo de tres donantes internacionales, incluida la OPS, el año pasado el MS llevó a cabo un estudio de mortalidad materna innovador. Usando a cuatro investigadores a tiempo parcial, se realizó una autopsia verbal en todas las defunciones maternas notificadas el año anterior. Dichos datos se compararon con las cifras nacionales, con resultados que en gran parte son corroborativos. El director de atención primaria de salud del MS hizo una presentación excelente sobre estos resultados a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés) en Atlanta. Se creó un Comité Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna para la supervisión de la IMMAL, presidido por uno de los autores de ese estudio. Además, el MS ha concedido flexibilidad administrativa a varios de los departamentos apoyados por la USAID en los que se está trabajando con la IMMAL para experimentar con diferentes mecanismos de prestación de servicios.

La IMMAL ha gozado de un gran compromiso de parte del MS en Honduras. El comité nacional asumió un papel activo en la iniciación del proyecto. Una innovación es que el director regional de salud donde el PGC/Honduras funciona era miembro participante en este comité desde el principio de la iniciativa. Entre los muchos resultados positivos informados por ese comité se encuentran un sentimiento de responsabilidad compartida, la toma de decisiones por consenso, la “calidad” que se convierte en una prioridad como una meta del MS, los nacimientos institucionales ahora se convierten en una prioridad nacional y el establecimiento de más hogares maternos de parto a nivel nacional. Dado que las prioridades nacionales se alteraron después del huracán Mitch, este comité no se reunió durante casi 8 meses (lo que es comprensible). Parece probable que el comité pronto reasumirá su liderazgo de perfil alto.

En lo relativo al desarrollo de normas y protocolos, en Honduras, la publicación del *Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Mujeres* por parte del MS contiene normas para la atención prenatal, el parto y la atención al recién nacido y la atención posparto así como los criterios para la identificación y la referencia de las complicaciones. Se encara el manejo específico de casos en un documento complementario, *las Normas de Manejo de Obstetricia Patológica y de Emergencia al Nivel Institucional*. Además, actualmente se examina *la Guía de Bolsillo para la Atención y el Manejo de Obstetricia de Emergencia para los Niveles de la Complicación*. Estos documentos cuentan con una descripción detallada de las complicaciones obstétricas, incluidas las principales causas de la mortalidad materna. La guía de bolsillo es una síntesis del manejo clínico diferenciado por niveles de servicio basado en el documento de normas. En general, estos son buenos documentos, bien pensados e interrelacionados en forma interesante. El Anexo I incluye algunas sugerencias de mejoras para el folleto.

Un consultor contratado por la OPS contribuyó a redactar el manual de normas y procedimientos que tomó cerca de un año y medio terminar. La OPS/Honduras brindó ayuda técnica en el diseño y en los talleres del manual de la partera. La OPS cofinancia la publicación de las normas de la atención integrada, y se llevará a cabo un taller financiado por la OPS sobre los partos higiénicos en septiembre de 1999 para las parteras comunitarias. Quizás como un resultado indirecto de la IMMAL, la USAID/Honduras ha firmado recientemente un contrato con la Johns Hopkins University para efectuar un diagnóstico especial de las defunciones maternas en los dos establecimientos más grandes del país: el Hospital Escuela Materno en Tegucigalpa y el Hospital Rivas en San Pedro Sula.

Los miembros del personal del MS en la región de Comayagua expresaron la opinión de que la OPS/Tegucigalpa había estado en buena medida ausente de participar en la IMMAL en su departamento. A nivel nacional, aunque la OPS es miembro del comité directivo nacional, el MS informa que no existe mucha coordinación con la OPS. El MS solicitó a la OPS ayuda técnica para el desarrollo de proyectos de recaudación de fondos, donde podrían aprovecharse las conexiones de la OPS con la comunidad donante internacional.

Tal como en otros países, las actividades de la IMMAL apoyadas por la OPS han sufrido los cambios de personal excesivamente frecuentes. Se destacó un desliz importante en la continuidad del trabajo del personal con la partida de un consultor de la OPS el año pasado, que dejó a la iniciativa sin supervisión durante meses. Es más, hay alguna confusión acerca de quién es el representante de la IMMAL en la OPS.

El MS notifica una debilidad importante en la cartera de la OPS—que sólo trabaja en políticas—que sintetizó una falta de interfase de política y campo observada en Honduras y en otros países.

Lecciones aprendidas

Las observaciones específicas de país han mostrado una amplia diversidad de las actividades y deben leerse para mostrar cómo las experiencias de la IMMAL en uno u otro país podrían conducir a actividades similares en los 11 países meta.

La OPS ha logrado ganancias sustanciales en el área de mayor apoyo político de alto nivel a la reducción de la mortalidad materna a nivel de país (sub-RI 5): esta es un área sólida de la OPS. Se está logrando un avance adecuado en lo referente al examen y a la reafirmación de las estrategias existentes regionales de AOE (sub-RI 1) y los cambios de política legislativos/reglamentarios recomendados (sub-RI 6). Sin embargo, necesita fortalecerse el funcionamiento de los comités coordinadores regionales y de país (sub-RI 2).

La comunicación mejorada entre los directores de programa de país y el personal del programa regional y la gerentes de programa mejor informados (los sub-RI 3 y 4) son áreas donde deben esperarse mejoras. Hay mucho aislamiento de país en lo referente a lo que pasa en la IMMAL y en la mortalidad materna que la OPS todavía no ha encarado en forma adecuada.

Además, excepto en casos aislados, el personal de la OPS se centra excesivamente en la formulación pura de políticas y se desconecta de lo que pasa con la mortalidad e innovaciones de la IMMAL en el campo materno con potencial para repercusión y duplicación importantes. Tres de esos ejemplos son la preparación de normas y protocolos en Honduras, las mejoras que posiblemente tengan un éxito extraordinario en la atención obstétrica que se da en Comayagua, que el personal de la OPS ignora en buena medida; y la notificación semanal vía telefax de las defunciones maternas y las experiencias del Proyecto 2000 en el Perú. La OPS le debe dar mayor difusión a estos casos en que ha habido éxito y a otros que pueden tenerlo en toda la IMMAL.

Finalmente, los asuntos temáticos amplios tratados al comienzo de este capítulo precisan recibir más atención de parte de la OPS al nivel de política: una visión holística de la atención obstétrica esencial, encarando alguna atención de política a la necesidad no atendida, el trabajo adicional en la recolección de datos obstétricos confiables de y la capacitación especial para los proveedores de servicios, las enfermeras y las auxiliares de enfermería menos capacitados.

C. INTERACCIÓN DE POLÍTICA/CAMPO

Para tener máxima repercusión, la política debe ser enriquecida por las actividades de campo. Como señaláramos anteriormente, esto está teniendo algún lugar en El Salvador. Parece estar teniendo lugar aún más en el Perú.

El proyecto 2000 es un proyecto de la USAID/Perú que ha puesto atención especial a la mortalidad materna a nivel de campo. El Proyecto 2000 es una actividad de envergadura con un presupuesto aproximado de US\$30 millones durante más de cinco años, y se ha concentrado en establecer hospitales de capacitación en las zonas rurales que proporcionarán mejor atención obstétrica a las mujeres rurales (e indígenas) durante el parto. Una innovación en el Proyecto 2000 es el establecimiento de un centro de partos que sea atractivo para la mujer indígena: una sala de partos creada para acercarse a las características de una mujer indígena que da a luz en su propio hogar, con poca iluminación, una habitación caliente, con alfombras de piel de animales en el piso, el parto en posición vertical, una habitación para que los miembros de la familia estén presentes y personal del hospital capacitados en las normas y la cultura indígenas. Este es un concepto muy significativo y una forma importante en la cual los hospitales pueden empezar a atraer una cantidad más grande de mujeres indígenas a los establecimientos médicos.

Otras innovaciones del Proyecto 2000 son una cantidad de ideas de garantía de calidad:¹³

- mejorar la atención de las emergencias obstétricas en los establecimientos descentralizados,
- identificación de problemas basada en las normas y autoevaluación institucional,
- centrarse en la importancia de la participación comunitaria,
- emplear un esfuerzo especial en un enfoque de equipo a la gestión obstétrica,
- mejorar la capacitación de las parteras tradicionales,
- personal del MS que atiende algunos nacimientos en los hogares de las mujeres,
- crear centros de capacitación regional descentralizados centrados en la capacitación práctica,
- comenzar a trabajar con la gestión estándar de los casos obstétricos,

¹³ Llamada la metodología “de mejora continua de calidad” en el proyecto del Perú.

- centrarse en la satisfacción de los usuarios,
- centrarse en mejorar la recopilación de datos obstétricos y la toma de decisiones sobre la base de información, y
- la acreditación de establecimientos.

El proyecto 2000 también brinda un ejemplo de la visión holística del sistema más amplio de atención obstétrica: los papeles y las funciones a los niveles de la comunidad, el puesto de salud y primero y segundo de derivación, que constituyen una recomendación importante de este informe. Se le dio al equipo de evaluación una copia de la evaluación de mediados de término recientemente finalizada de este proyecto, un documento que no es excesivamente favorable a la administración del mismo. Sin embargo, en función de su contribución a mejorar la atención obstétrica y la curva de aprendizaje de las estrategias eficaces para reducir la mortalidad materna, la repercusión potencial de Proyecto 2000 es alta.

Cada ejecutor de la IMMAL podría tornarse mejor informado acerca de este proyecto y buscar áreas de aprovechamiento recíproco.

D. RESUMEN

En general, la iniciativa fortalece la atención nacional y regional a la mortalidad materna. Las observaciones de campo indican que está fortaleciendo los esfuerzos del Ministerio de Salud en Ecuador, Perú y Honduras y en menor grado, en El Salvador. En otros países, la República Dominicana quizás, la iniciativa puede estar proporcionando un nuevo impulso para abordar los problemas de larga data. Aunque la observación es subjetiva, si no existiera la IMMAL, la importancia de trabajar en la mortalidad materna sería mucho menos reconocida en América Latina que lo que es.

Tal como en cualquier proyecto nuevo, la IMMAL se ha tropezado con dificultades iniciales. Se ha considerado algún análisis de los cambios frecuentes de los actores clave; se indicarán otros cambios de personal en el próximo capítulo. Tanto de parte de la OPS como del lado del PGC, se ha percibido una disparidad entre el personal de país.

En los tres países piloto del PGC, la iniciativa ha comenzado en forma desigual. En un país, varios proyectos piloto tienen el potencial de mejorar mucho la atención obstétrica en el corto plazo, así como desarrollar modelos que tengan repercusión a largo plazo. En un segundo país, el ritmo no ha sido tan digno de destacar; en parte debido a la incapacidad de la iniciativa para encontrar y retener personal de alta calidad, en parte debido a las actividades complejas que la iniciativa ha emprendido y en parte debido a un área del proyecto excesivamente circunscrita. En un tercer país, se informó que el proyecto todavía no opera eficazmente.

No obstante, la IMMAL en su totalidad está bien ubicada para alcanzar sus metas. Se ha establecido la base sustancial en la cual puedan cimentarse las actividades. Las mejoras

en la atención obstétrica serán repetibles aun dentro de los dos años y medio restantes de la iniciativa.

IV. CONCLUSIONES DE GESTIÓN

En esta sección se abordan los siguientes temas: la iniciación, la financiación, el funcionamiento del Comité Directivo de Washington, los foros regionales apoyados por la iniciativa, la comunicación, coordinación, preparación e información, monitoreo y evaluación del plan de trabajo, dotación de personal y su distribución geográfica.

A. INICIACIÓN

El 27 de noviembre de 1996 el administrador adjunto para América Latina aprobó un memorando de acción que describe la IMMAL. La documentación original de subvenciones se firmó con la OPS el 4 de diciembre de 1996. Se planteó si la OPS podría empezar a cobrar los gastos a la subvención a partir de esa fecha, que hizo más lento el arranque de la OPS, aunque los sueldos del personal empezaron a cargarse a la subvención en enero de 1997. La iniciación de la OPS a escala completa tuvo lugar desde abril de 1997 con la firma de una modificación a la subvención que resolvió el tema.

Durante la primavera y el verano de 1996, se sostuvieron conversaciones de asistencia técnica entre los miembros del personal de la USAID/Washington, el PGC y MotherCare en lo relativo a la posible colaboración en la iniciativa. El 1º de octubre de 1997, se asignó financiamiento de la IMMAL a estas dos últimas entidades, en carácter de orden de trabajo a MotherCare y como transferencia de fondos de apoyo de campo a la Oficina Mundial en el caso del PGC. MotherCare y el PGC informaron que la transferencia real de fondos no se hizo sino hasta principios de 1998, mientras la USAID informa que el PGC cargó retroactivamente los sueldos desde marzo de 1997. Aunque fuera del control de IMMAL, la participación institucional de MotherCare en la iniciativa sufrió un golpe de importancia cuando se anunció que el proyecto MotherCare cerraría en septiembre de 1998. (El personal de MotherCare sigue trabajando en la iniciativa mediante un arreglo de subcontratos con el PGC.)

Se notará que para el PGC y JSI, las actividades de campo han estado en marcha durante sólo cerca de un año y medio. Este tiempo es escasamente suficiente para lograr todo lo que se ha documentado en el capítulo anterior.

B. FINANCIAMIENTO

La autorización de la iniciativa total de la IMMAL asciende actualmente a \$4,5 millones de dólares: la subvención de \$2,25 millones a la OPS, \$450.000 a MotherCare y \$1,8 millones a CHS. La USAID calcula que los gastos totales de subvención hasta el final del EE 1999 serán de \$2,8 millones de un presupuesto de \$2,85 millones, según aparece en el cuadro 3 en la siguiente página.

Teniendo en cuenta el comienzo en etapas de un nuevo proyecto y los gastos algo bajos en el EE 1998, se ha practicado un ajuste en los gastos durante el EE 1999.

Cuadro 3: Presupuesto y gasto acumulativo y estimado hasta el 30 de septiembre de 1999 (Fondos de la USAID en miles de dólares estadounidenses)

Entidad beneficiaria	Obligado	Gastos	Por ciento ejecutado
OPS	1,035	1,002	97%
URC/PGC	1,067	918	86%
MotherCare	450	450	100%

C. COMITÉ DIRECTIVO DE WASHINGTON

Una característica del diseño de la iniciativa es la formación de un comité directivo con sede en Washington. Los integrantes del comité directivo actual incluyen representantes de cada uno de los tres ejecutores y el asesor del proyecto de la USAID. Este grupo se ha reunido regularmente desde marzo de 1997 para trabajar con la USAID en el diseño de la iniciativa. En el comité, se negoció un memorando de entendimiento entre la OPS, EL PGC y MotherCare en lo referente a los campos respectivos de acción. Se han examinado las notas del programa de estas reuniones las cuales indican la frecuencia sustancial de reuniones y muchas decisiones iniciales. Entre las que este Comité adoptó al comienzo de la iniciativa se encuentran la selección de tres países piloto; la división del liderazgo de país entre MotherCare y el PGC; la actualización de los planes de trabajo anuales; los criterios definitorios para, y la selección final de, las ONG colaboradoras en tres países piloto; la organización de los comités de coordinación de campo de país; gran parte del trabajo en la reformulación de los Objetivos Estratégicos, los Resultados Intermedios e indicadores de resultados; y el monitoreo usual.

Una decisión clave adoptada por el comité directivo fue crear el puesto de un coordinador de campo financiado por la iniciativa en cada país piloto para supervisar las actividades. El establecimiento de esta posición fue un ajuste inicial vital que contribuyó al avance de la iniciativa. En los países donde el coordinador de campo es fuerte y activo, el proyecto ha avanzado con ritmo y calidad apropiados. En Bolivia y Ecuador, donde el coordinador de campo ha cambiado varias veces, las actividades no han avanzado tan bien.

La norma a comienzos del proyecto era que las reuniones del comité directivo eran mensuales y se redujeron a bimestrales cerca de un año después. Cuando se hizo dicho cambio, el lugar de reunión pasó de la oficina de una organización a otra. El asesor de la USAID desde 1997 es reconocido por su gran nivel de actividad, cosa que mantuvo a la iniciativa en movimiento lo que no se hubiera logrado con un estilo de gestión menos comprometido.

Con el transcurso de los meses, parece que los temas de discusión del comité directivo se hicieron más administrativos que programáticos, aunque se ha informado que se volvió al enfoque programático. Esta evaluación dejará ver que varios de los conceptos

considerados en los primeros tiempos del comité directivo pueden necesitar ser reconsiderados. Dichos temas son la definición de atención obstétrica esencial basada en la autorización de la iniciativa, la función de la OPS en los países piloto y una visión más holística de AOE.

D. FOROS REGIONALES

Como parte de la iniciativa, la OPS ha patrocinado varios eventos durante este período, en Roatán en 1997 y en Santo Domingo en 1998. El evento de Roatán fue la reunión anual de los gerentes regionales de la OPS con los asesores de la OPS y los representantes de los MS; se celebró un evento similar el año anterior en Washington, D.C. En Santo Domingo, la reunión fue para el grupo de asesores técnicos de alto nivel. Se programa que un evento similar tenga lugar en Honduras en breve. Hubieron informes de varios entrevistados que las reuniones de Roatán y de Santo Domingo no se manejaron bien.

Se celebraron tres reuniones del subcomité coordinador interagencial regional en abril de 1998, febrero y abril de 1999. Se hizo un examen del sistema de vigilancia de mortalidad materna en mayo de 1998. La USAID no ha recibido hasta la fecha los informes de la OPS de varios de estos eventos.

E. COMUNICACIÓN

La comunicación se refiere al intercambio de correspondencia electrónica y de documentos entre Washington y los países y entre un país y otro. La mayoría de los entrevistados informan que este aspecto es uno de los puntos fuertes de la iniciativa. El advenimiento del correo electrónico claramente ha significado un cambio enorme en esta área, y todas las personas entrevistadas expresaron la satisfacción con la circulación de la comunicación entre Washington y sus países respectivos.

Los evaluadores creen que esta es probablemente una evaluación excesivamente optimista. En sólo un país, el representante de la IMMAL en la OPS tenía conciencia cabal de sus responsabilidades y estaba actualizada en las obligaciones de la subvención de la OPS. El intercambio de la comunicación en el PGC es claramente mejor, pero aun allí hay algún sentimiento de un país a otro de no estar plenamente informado; los evaluadores señalaron que el nivel de la información entre un piloto del PGC y otro no fue todo lo que podría esperarse. No se notó que hubiera buena comunicación *entre* los ejecutores de la IMMAL. Una posibilidad es que la comunicación electrónica es buena en toda la iniciativa, pero que el envío y la recepción de los documentos más grandes es un área para mejorar.

En la OPS/Washington y la USAID/Washington, puede necesitarse un esfuerzo concertado a la comunicación con el personal recién llegado de la Misión de PHN de la USAID. Según se ve en otra parte de este documento, especialmente donde la OPS es el único organismo que implementa la IMMAL, la Misión local de la USAID informa que en buena medida no ha estado informada de las metas y las estrategias de la OPS/IMMAL, aunque el personal de la Misión había participado en un taller en Miami

donde se presentó la iniciativa. Una Misión observó no haber recibido una copia de la propuesta de la OPS a la USAID/Washington, sino sólo un relato descriptivo. El personal técnico de otra Misión de la USAID mostró alguna insatisfacción con la estructura de la iniciativa. Es probable que existan en otros países meta niveles igualmente bajos de información que las oficinas de la OPS y la USAID en Washington deben esforzarse por mejorar.

F. COORDINACIÓN

Se ha informado acerca de los esfuerzos del asesor de la USAID para mantener el contacto frecuente con personal a nivel de país. Esto entrañó viajar a 8 de los 11 países, más de una vez. Se le ha proporcionado asistencia técnica a la USAID/Nicaragua en la vigilancia de salud materna, a la USAID/Paraguay al agregar la mortalidad materna a un proyecto de planificación familiar de la Misión, a la USAID/Perú para incluir la mortalidad materna en el proyecto de CAMBIO recién iniciado, al Organismo de Cooperación Internacional Japonés (JICA) en las áreas de programación complementaria y a otros. La IMMAL se ha presentado en diversos sucesos nacionales y regionales sobre salud materna dentro de las áreas de la IMMAL y el exterior, una vez por invitación del representante de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Colombia y una vez por invitación del Director de la Salud de la Mujer del MS del Brasil.

La coordinación entre las organizaciones colegas se refiere al intercambio de experiencias y, en esta área, los tres ejecutores de la iniciativa demuestran alguna necesidad de mejoramiento. En cada uno de los tres organismos no parece haber ningún esfuerzo continuado para compartir la documentación generada por el proyecto, o de ocuparse de tener sesiones de aprendizaje activo (más allá de sesiones del comité directivo y un viaje compartido ahora que existe el subcontrato de PGC/JSI). Cada organización tiene informes que deben compartirse entre los socios. Varios ejemplos son: el manual madre-bebé de la OMS traducido recientemente por la OPS, los materiales de MotherCare de IEC en Ecuador, los estudios de datos de base del PGC y los proyectos de diseño. La remisión de un informe es sólo la primera parte de la comunicación eficaz; lo que sucede después que el receptor recibe el informe es un tema que aun tiene que abordarse adecuadamente.

Cada país visitado tiene un problema de coordinación. En el Ecuador, la coordinación se juzgó suficientemente problemática que la Misión de la USAID intervino para mejorar la situación. En el Perú, hay una separación entre la OPS/Lima y las actividades de campo. En Honduras, el interés y el compromiso de los funcionarios de la OPS de coordinar con el MS y con el PGC necesita mejorarse. Los comités directivos de país que se supone supervisan el funcionamiento de la iniciativa en general no han funcionado satisfactoriamente durante muchos meses. La coordinación y la comunicación entre la sede y operaciones en el campo es un área que requiere más trabajo para todos los actores de la iniciativa, incluida la USAID. (Ver las Recomendaciones de algunas sugerencias prácticas sobre cómo pueden lograrse las mejoras.) La comunicación a los gobiernos del país anfitrión varía enormemente de un país meta a otro y de un país piloto a otro. (Ver también la discusión relacionada al monitoreo y la evaluación, a continuación.)

G. PLANIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN

El monitoreo de parte de la USAID de la planificación y notificación de socios de esta iniciativa, la disponibilidad de los informes, y el flujo general de documentos se examinaron y demostraron una gestión integral, eficaz. La documentación era voluminosa y de alta calidad.

El contrato de MotherCare con la Oficina Mundial de la USAID, que incluía la IMMAL, requirió la presentación de informes mensuales que ocurrió hasta el final de la orden de entrega en septiembre de 1998. Un examen de estos documentos indica que el flujo de documentos fue bueno.

La notificación de parte del PGC para esta iniciativa fue notable: se han producido varios documentos de alta calidad. Entre estos hay informes sustanciales de viaje de cada visita, estudios y evaluaciones de referencia, archivos bien documentados de cada proyecto de diseño/rediseño, un documento integral de orientación de país en el Ecuador y otros documentos (ver el Anexo J). Esta es un área de considerable fortaleza.

La preparación de informes trimestrales de parte de la OPS ha sido menos satisfactoria. El plan de trabajo de la OPS del EE 1998¹⁴ estableció varios indicadores que no son especialmente sustantivos. Si bien el seguimiento de algunas de estas actividades puede ser necesario en un objetivo relacionado con el desarrollo de políticas, parecen bastante blandos. La planificación anual mejoró con el plan de trabajo del EE 1999; se sabe que el asesor de la USAID dedicó mucho tiempo a ayudar a la OPS en la preparación de este documento. Lamentablemente, la presentación fue retrasada por muchos meses, con negociaciones que empezaron 4 meses después del comienzo del ejercicio económico y la versión final no se recibió para su aprobación sino hasta 8 meses después del comienzo del año. Esta producción lenta de uno de los pocos requisitos de la subvención de la OPS ha sido una fuente de considerable frustración para la USAID/Washington durante la primera mitad de esta subvención. En cierto momento, este tema condujo a una reunión entre el personal principal de la USAID y de la OPS donde se trató la suspensión de reembolsos de la subvención hasta que se lograra el cumplimiento. Las discusiones de gerentes de alto nivel supuestamente continúan cada 3-6 meses para dar seguimiento continuo al desempeño en esta área.

La preparación de informes trimestrales de la OPS también demuestra puntos débiles. El tercer y cuarto informes trimestrales para el (EE 1998) fueron examinados por el equipo de evaluación y habían sido preparados y presentados juntos a la vez, con una descripción somera. Los informes trimestrales séptimo y octavo (EE 1999) demuestran niveles variables de análisis y de notificación. Aunque estaba programado para ser presentado el 15 de agosto de 1999, el noveno informe no había sido aun presentado al 10 de septiembre y no se pudo examinar para esta evaluación. Con la llegada de dos nuevos funcionarios de tiempo completo, esta situación debe mejorar.

¹⁴ Se titula, "Plan de Trabajo 1997," aunque en realidad se refiere al EE 1998.

Durante el trabajo de campo, el equipo de evaluación se dio cuenta de un sistema de supervisión de país de la OPS, conocido como el Plan de Trabajo Semestral (PTS). No se sabe si este documento es exclusivamente para uso interno. Una manera para que la OPS supere la brecha de notificación que actualmente existe entre la USAID y la OPS podría incluir compartir los planes semestrales de país con la USAID, tanto a nivel de país como al nivel de Washington.

En resumen, la administración de la iniciativa por la USAID ha demostrado una gerencia eficaz, así como la de MotherCare y del PGC. La OPS ha demostrado áreas que requieren mejoramiento.

H. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El establecimiento de criterios claros de monitoreo y evaluación ha sido difícil en la IMMAL desde el comienzo. Primero, porque la iniciativa no se elaboró mediante la preparación de un Documento de Proyecto donde las vinculaciones conceptuales generalmente se arman cuidadosamente; este proceso no tuvo lugar con la IMMAL con la meticulosidad usual de la USAID. Luego, se dio el proceso de reingeniería de la USAID después que la IMMAL había comenzado, requiriendo una cierta readaptación de los Resultados Intermedios con los Objetivos Estratégicos. Según se observara anteriormente, se realizó alguna modificación del marco de los RI a mediados de 1997. Tercero, el proyecto comenzó de una manera escalonada: la subvención de la OPS estuvo en línea meses antes que la de los otros dos socios ejecutores.

Además, el mecanismo de financiamiento fue significativamente diferente para los tres socios—el financiamiento de la OPS vía un mecanismo de subvención que a veces requiere menos resultados tangibles que otros mecanismos de la USAID. Por contraste, el PGC recibió sus fondos de la IMMAL como “adicionalidades” a su contrato de desempeño existente con la Oficina Mundial, mientras que el dinero de MotherCare se dio mediante la preparación de una orden de tarea. Cada uno de estos mecanismos requiere y permite diferentes niveles de responsabilidad programática. Finalmente, las responsabilidades de la OPS bajo la IMMAL eran regionales y vinculadas a la formulación de políticas nacionales y regionales—una responsabilidad lo suficiente difícil para operacionalizar—mientras que las responsabilidades del PGC y de JSI/MotherCare se podían enunciar más claramente, incluyendo metas concretas de desempeño en las comunidades piloto o los distritos de salud seleccionados.

Por todas estas razones, la IMMAL no tiene una formulación conceptualmente firme de los Objetivos Estratégicos, los Resultados Intermedios, los Resultados Sub-intermedios y los Indicadores como otros proyectos. La manera en que los gerentes de la iniciativa (dentro y fuera de la USAID) han manejado esto es poniendo gran importancia en la preparación de planes de trabajo anuales, en algunos casos considerando a estos planes como “contratos de programa” virtuales. La fortaleza de esta estrategia es que fomenta alguna responsabilidad anual hacia los resultados. Los puntos débiles son que tiende a centrarse en el desempeño anual en lugar de los resultados a largo plazo, tácticos en lugar de ganancias estratégicas, quizás. Además, si la elección de los objetivos anuales no se

analiza cuidadosamente, las metas a corto plazo seleccionadas pueden no ser las mejores para lograr los resultados del proyecto. Parece que ambos errores han tenido lugar.

Monitoreo y evaluación de los objetivos estratégicos

El seguimiento de los indicadores de logro de los Objetivos Estratégicos es un buen ejemplo. Los dos indicadores son países meta [11] con porcentajes de nacimientos asistidos por personal capacitado por al menos 1 punto porcentual respecto al año anterior y países con un aumento de 5 puntos porcentuales respecto al año anterior de las unidades que informan con comités de mortalidad materna que producen informes anuales. La OPS está encargada de suministrar la información del progreso en estos indicadores mediante la recopilación de datos de los Ministerios de Salud de los 11 países meta. Los datos de base se recopilaron durante el año civil 1997 y el monitoreo anual ha tenido lugar del informe trimestral de marzo de 1998. Los indicadores no son excesivamente ambiciosos y deben ser realizables para fines del proyecto; la recopilación de datos válidos en lo referente a estos indicadores probablemente sea un obstáculo más grande que lograr los resultados reales.

RI 1 Monitoreo y evaluación

El RI 1 no tiene un sub-RI. Sin embargo, la falta de sub-RI no obstaculizó a MotherCare en la formulación clara de actividades anuales porque (por casualidad o intencionalmente) dos de los Resultados Intermedios del nivel 2 de país se usaron como indicadores del logro del RI 1. El plan de trabajo de MotherCare de 1998 se relaciona claramente con “medir el aumento de la capacidad de la comunidad para reconocer y responder a las complicaciones relacionadas con el embarazo” y el seguimiento del “porcentaje de adultos entrevistados que puede nombrar uno o más de los signos de peligro durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto y el posparto inmediato”. La inclusión de la palabra “entrevista” muestra la claridad temprana que existía acerca de cómo MotherCare mediría el crecimiento sobre el conocimiento de la mortalidad materna, mediante cuestionarios antes de y después de. Antes de que se finalizara la orden de prestación de JSI/MotherCare, los estudios de referencia de la respuesta de la aldea a un cuestionario sobre la mortalidad materna ya se habían realizado en los tres países piloto respecto a qué ganancias futuras se pueden medir. Según lo constó el equipo de evaluación en su viaje de campo en Honduras, se está llevando a cabo la vigilancia y la evaluación de estos indicadores así como las ganancias demostrables, y deben realizarse satisfactoriamente para fines del proyecto.

RI 2 Monitoreo y evaluación

El RI 2, de igual manera, no tiene sub-RI. A falta de sub-RI claramente enunciados, el indicador del PGC y los planes de trabajo son algo más difíciles de evaluar. El indicador para el RI 2 dice así: “los países piloto [3] donde el porcentaje de establecimientos meta en los distritos piloto tienen la capacidad de proporcionar aumentos en Atención Obstétrica Esencial (AOE) de 15 puntos porcentuales respecto al año anterior.” Existen varios problemas con esta formulación. En dos de los tres países piloto, el número de

establecimientos meta que tienen capacidad *actual o futura* de proporcionar AOE promedian sólo ocho y el PGC ya está funcionando en casi la mitad de ellos. Es decir, dentro de la estructura existente del MS en Cotopaxi, Ecuador, sólo hay 10 establecimientos del MS en total y el PGC está actualmente funcionando en 3; en Comayagua, Honduras, hay solo 7 establecimientos del MS en total y el PGC ya está funcionando en 5. La formulación del indicador implica que la *capacidad de AOE* no existe sino hasta que la iniciativa funciona en un establecimiento dado—exagerando claramente el caso.

Pragmáticamente, el PGC trató esto al realizar un estudio que mostraba el porcentaje de establecimientos que cumplían con una definición estricta de criterios de AOE al comienzo del proyecto, mostrando uno en el Ecuador y uno en Honduras. Si bien la calidad de esa definición es debatible, al menos se recopilaron los datos de base. Sin embargo, un aumento de un 15 por ciento por año sobre una base de dos (suponiendo que existía capacidad antes del proyecto sólo en estos dos) sería cuatro centros del MS con plena capacidad al final de cinco años—menos que el número actual de establecimientos con asistencia del PGC. Por lo tanto, el indicador tiene poco contenido cognoscitivo; no da ninguna orientación acerca de las estrategias que se deben seguir, ni proporciona un número significativo de los establecimientos a ser considerados”. El problema es más que un simple problema intelectual; si los ejecutores del proyecto no tienen ningún indicador significativo para guiarlos, su elección de actividades puede fallar, y esto parece ser lo que ha sucedido.

El plan de trabajo de 1998 se considera un documento aceptable para comenzar el trabajo, más que por su apreciación programática. Se postularon varios subresultados: el diseño de calidad, control de calidad y mejoramiento de calidad y la gestión de proyectos continua, aunque cómo estos subresultados particulares se eligieron no es queda completamente claro con respecto a la formulación los Resultados Intermedios regionales del nivel 2. En cualquier caso, se ha informado de actividades adecuadas en relación a estos conceptos, como las sesiones de iniciación, los talleres de planificación regionales, la recopilación de datos, el establecimiento de los equipos de diseño y los estudios de referencia.

El plan de trabajo de 1999 no se desvió del modelo de 1998 y es un documento menos útil. Una debilidad especial es que no indica los resultados cuantificables, sino que sigue tratando en términos generales acerca de “seleccionar los componentes de AOE”, “iniciar nuevos procesos de rediseño”, “completar el diseño del ciclo actual de... componentes” y el “monitoreo trimestral de los indicadores”. No proporciona, por ejemplo, ninguna información referente a los proyectos de diseño de calidad tratados en otro sitio en este documento, ni establece ninguna meta como x proyectos con mejor flujo o tantos proyectos con mejores destrezas de sala de partos. Es más, no parece especialmente útil combinar los tres países piloto bajo el mismo formato con la nota a pie de página que dice, “este plan se elaboró para el Ecuador y habrá un lapso de 1 a 3 meses para Honduras y Bolivia,” cuando el avance de los logros del PGC son tan diferentes de un país a otro.

Finalmente, según se detalla en el capítulo III, parece que algunos países del PGC están gastando el tiempo y la energía del proyecto en actividades que pierden puntos clave de la atención obstétrica esencial (es decir, proyectos de diseño/rediseño que son “periféricos” a los cuatro problemas obstétricos clave).

RI 3 Monitoreo y evaluación

El RI 3 es el único RI que tiene sub-RI coherentes, bien enunciados.¹⁵ En la mayoría de los casos, esto haría el trabajo de monitoreo y evaluación más fácil de lo que ha sido hasta ahora.

El Resultado Intermedio de la “ejecución intensiva de los aspectos de atención obstétrica de emergencia del plan regional para la reducción de la mortalidad materna” se iba a medir mediante el logro de los siguientes seis subresultados:

1. estrategia regional existente ratificada o revisada,
2. subcomité regional de coordinación interinstitucional y comité coordinador interinstitucional de país en funcionamiento,
3. mejor comunicación entre los gerentes del programa del país y miembros del personal del programa regional en relación a las estrategias y al avance,
4. gerentes del país tienen mejor información para la toma de decisiones del programa,
5. mayor apoyo político de alto nivel a la puesta en práctica del plan a nivel de país, y
6. identificación de los temas legislativos y de política para su consideración.

Estos son objetivos claros y el EE 1998 y los planes de trabajo del EE 1999 se basan en estos Resultados Intermedios esperados.

Sin embargo, según se ha visto en otro sitio, hasta muy recientemente, la notificación de parte de la OPS no fue todo lo que podría haber sido. Además, el seguimiento de ganancias difíciles de alcanzar en el mejoramiento de políticas es más duro que cuantificar los resultados tangibles. El plan de trabajo de la OPS del EE 1998 estableció varios indicadores que no eran especialmente sustantivos: arreglos de viajes completados, reuniones celebradas, comunicados de prensa difundidos, distribución de actas y asistencia a las reuniones. Alguna flexibilidad es de esperarse en el establecimiento de actividades en el primer año de la ejecución de un proyecto; otros temas parecen excesivamente generales, considerando que la IMMAL estaba apoyando un plan regional de la OPS ya existente. Por ejemplo, los resultados tangibles y las partes responsables no se incluyeron en este plan de trabajo.

¹⁵ Excepto como se observa en la discusión del capítulo III sobre este tema.

El plan de trabajo del EE 1999 es un documento más sustantivo que el plan del año anterior. Tal como se observó en otro sitio, este se recibió sumamente tarde en el ejercicio económico. No obstante, enuncia de una manera mucho más convincente las fechas proyectadas, las partes responsables, los materiales cuantificables a entregar, los medios de comprobación y otros temas apropiados en un plan de trabajo detallado. Las actividades relacionadas a los sub-RI son coherentes y, si se logran, deben promover el avance de la iniciativa. A pesar de haber sido recibido muy tarde, el plan de trabajo del EE 1999 es un adelanto significativo en función de la capacidad de la OPS de lograr el RI 3.

Si el plan de trabajo del EE 2000 se prepara con la misma meticulosidad del plan del EE 1999—y se presenta a tiempo—seguramente ayudará a la OPS y a la USAID a monitorear más eficazmente la contribución de la IMMAL al plan regional de la OPS. Una manera de mejorar este plan aún más sería incluyendo unas cuantas actividades específicas de país en la lista de los materiales a entregar. “La evaluación del sistema de auditoría de defunciones maternas en Nicaragua” es un buen ejemplo de esta idea que estaba incluida en el plan de trabajo del EE 1999; otras inclusiones podrían ser “realizar un examen programático de la experiencia de Santa Teresa en Honduras para aprender acerca de experiencias repetibles” o “realizar una evaluación externa de la experiencia de los círculos de calidad de El Salvador”. El agregar tales elementos relacionaría algunos aspectos del plan de trabajo con resultados concretos de país más eficazmente.

Otros temas de monitoreo y evaluación

Un tema abarcador de esta evaluación trimestral es la interrelación entre una parte del proyecto y las otras, la iniciativa global de la IMMAL en lugar de Resultados Intermedios discretos. Una debilidad de cada uno de los tres planes de trabajo—así como en cada uno de los Resultados Intermedios—es que nadie se esté fijando en la sinergia que podría existir entre los componentes del programa, ni en la interrelación entre los RI. Ninguno de los planes de trabajo hace referencia a otro componente o interrelaciona el logro de las actividades de un RI con las actividades de otro RI. Las actividades de promoción comunitaria del RI 1 se han desarrollado con poca o ninguna referencia a lo que se está proponiéndose en el RI 2 a nivel de establecimiento. Los que prepararon el RI 2 lo hicieron sin ninguna mención de un punto de contacto con la comunidad—y sin mención a los temas de política a nivel nacional. Los que prepararon el RI 3 no hacen ninguna referencia en su planificación o en sus actividades anuales a lo que está sucediendo en los RI 1 y RI 2. Ninguno de los tres ejecutores hace ninguna referencia a la visión holística de la atención obstétrica esencial que está proponiéndose en este documento, recalcando la interrelación sistémica entre la comunidad, las parteras tradicionales y los proveedores de servicios del MS al nivel pre-hospital. Esta es una falla significativa en la preparación anual de planes de trabajo de los tres ejecutores.

La USAID informa que se están desarrollando mejores regímenes de monitoreo para cada uno de los tres ejecutores. Este es un paso apropiado. Las recomendaciones para interrelacionar un plan anual con otro se propondrán en el capítulo final de este documento. Las observaciones y sugerencias al sistema propuesto de monitoreo y

evaluación del PGC están incluidas en el Anexo K. Las observaciones sobre el instrumento de referencia del Ecuador están incluidas en el Anexo L.

Avance hacia el logro del Objetivo Estratégico

El avance para lograr el Objetivo Estratégico está adecuadamente en marcha y los resultados e indicadores probablemente se lograrán de forma oportuna. La limitación más grande al nivel de OE está en la comprobación de la calidad de los datos.

El logro total del RI 1 seguramente tendrá lugar en uno de los tres países piloto. El avance en los otros dos países es un poco más problemático. En uno, la ONG a cargo de la promoción comunitaria tiene los sistemas implantados para lograr los resultados a pesar de los obstáculos culturales/comunitarios. El logro satisfactorio de resultados en el otro país piloto, según todos los informes, es más dudoso debido a las dificultades operacionales generales en el programa.

Dado que la formulación original del indicador RI 2 era débil, al final de cuentas, el RI 2 ya se ha logrado. Esto es a pesar del hecho de que las actividades del proyecto sólo se están ejecutando máximamente en uno de los tres países piloto. Los instrumentos de monitoreo y evaluación al nivel central deben ajustarse para que la riqueza de los logros del proyecto en este país se pueda documentar adecuadamente de forma tal que los puntos débiles de los logros del proyecto en los otros dos países puedan identificarse y quizás corregirse sobre la marcha.

El logro satisfactorio del RI 3 es mucho más probable en la segunda mitad del proyecto que en la primera mitad debido al mejoramiento considerable en la preparación de los planes anuales de trabajo. La presentación oportuna de estos planes será esencial. Aunque es más difícil dar seguimiento a las ganancias en el área de la política que en otras esferas más tangibles, el agregar algunos resultados específicos de país al plan anual de trabajo ayudará a la OPS y a la USAID a poner el énfasis en el aprendizaje considerable de la IMMAL que está teniendo lugar a un nivel de país.

I. DIFUSIÓN Y DOCUMENTACIÓN

Hasta ahora, ha sido prematuro que la iniciativa se involucre en la difusión y documentación amplia de los resultados. Durante gran parte de la primera mitad de la iniciativa, (como es de esperarse), los socios han estado más comprometidos con la implementación del proyecto. Además, existe un planteamiento acerca de quién debe asumir la responsabilidad primaria de difundir las experiencias: ¿la OPS (solamente) de las políticas nacionales? ¿el PGC de las experiencias del proyecto piloto? ¿JSI/MotherCare de los materiales comunitarios de AOE (o, como un seguimiento al trabajo anterior, para ayudar en la definición de atención obstétrica esencial)? ¿PLAN International de los materiales comunitarios que han tenido éxito?

Se han publicado considerables resultados influidos por la iniciativa. En la mayoría de los países, se han producido varios documentos relacionados con las normas, los protocolos y las políticas nacionales. Estos son logros claramente importantes relacionados con el

proyecto. Lo que está poco claro es qué utilidad habría de publicar tales documentos específicos de país más allá de las fronteras particulares de dicho país.

Se ha mencionado, además, del resumen legislativo que la OPS está preparando que surge de la IMMAL en lo referente a la base legal en cada país para mejorar la atención materna. Cuando esté disponible, este resumen podría ser una herramienta útil para ejercer presión política a los líderes nacionales que no se han unido a la iniciativa de mortalidad materna.

Una finalidad de la IMMAL es generar nuevas ideas, para ver lo que funciona y lo que no. En este sentido, pronto se empezará a percibir los resultados importantes en los hospitales Santa Teresa/José María Ochoa en Honduras que deben recibir una amplia publicidad. Estos logros deben seguirse y documentarse cuidadosamente para que se pueda preparar una monografía o se consideren otros mecanismos de difusión amplios. Muy pronto se podría dar una oportunidad para el aprendizaje institucional relevante que la IMMAL debe explotar.

Se propone en forma más tentativa una observación similar en el caso del Perú ya que el Proyecto 2000 no se visitó como parte de esta evaluación. Por la información proporcionada por el MS, parece que las experiencias de aprendizaje del Proyecto 2000 podrían recibir una difusión mayor. La evaluación reciente a mediados de término del Proyecto 2000 no se presta a esto, pero pueden haber varias lecciones que se están aprendiendo en el Perú que beneficiaría a la iniciativa de mortalidad materna en muchos países de la IMMAL.

De menos aplicabilidad regional, pero no obstante de suma importancia, son los materiales de IEC de alta calidad que se están produciendo en el Ecuador y la guía de bolsillo que se observó en Honduras, y otro del que se informó (pero no se observó) en el Ecuador. Parece que alguna entidad debiera asumir la responsabilidad de dar mayor exposición a estos productos de alta calidad. Si bien una reacción inicial quizá sea pensar en la asignación de la replicabilidad de tales materiales a la OPS dentro de la iniciativa, no es a este nivel de producción que reside la fuerza competitiva de la OPS.

Este tema de quién debe asumir la responsabilidad de la difusión de tales materiales y los mecanismos para hacerlo podría abordarse en las sesiones del comité directivo de Washington en los próximos 6 ó 9 meses.

J. PERSONAL

La IMMAL ha tenido un gerente de proyecto de la USAID y dos asesores de proyecto en los dos años y medio que cubre esta evaluación. Al director del proyecto de la OPS y al coordinador del proyecto se les asignaron otras responsabilidades por un período de 18 meses. El consultor a largo plazo de la OPS para la IMMAL fue separado de sus responsabilidades y el puesto se dejó vacante durante 6 meses. Tres personas han ocupado el puesto de coordinador de campo en el Ecuador mientras dos personas han ocupado el puesto de coordinador de campo en Bolivia. El representante de País de la OPS ha cambiado recientemente en cada uno de los cuatro países visitados. La persona a

cargo de la IMMAL de la OPS ha sido cambiada tres veces en Honduras, dos veces en el Ecuador y El Salvador, y el puesto está actualmente vacante en El Salvador. Esto parece como demasiados cambios de personal en un período corto.

La supervisión programática de OPS/Washington de la IMMAL fue significativamente menos que de tiempo completo durante muchos meses del proyecto. Debido a las vacantes de personal en otras partes de la organización, el director de la IMMAL desempeñó funciones provisionales a un nivel superior en la organización durante casi un año y medio, y se le solicitó al coordinador de la IMMAL que colaborara, asumiendo varias otras funciones durante un período similar. Aunque la OPS sostiene que la iniciativa recibió la atención adecuada durante el período, las insuficiencias informativas observadas anteriormente sugieren otra cosa.

En un país piloto, los miembros del personal parecían muy cargados con responsabilidades administrativas y programáticas. Además, los superiores no informan a esa oficina acerca de la información financiera, incluida la información más básica en lo referente a las partidas presupuestarias. Los miembros del personal en esta oficina informaron sentirse aislados y pasados por alto.

K. GESTIÓN DE RECURSOS

La gestión financiera dentro de IMMAL ha mejorado durante el año y medio pasado y ahora es satisfactoria. La disponibilidad de recursos humanos ha sido un área que requiere mejoramiento, pero los cambios recientes indican que la situación mejorará en la segunda mitad de la iniciativa.

L. DISPERSIÓN GEOGRÁFICA

Con ajustes presupuestarios, el financiamiento para las actividades piloto del PGC es de aproximadamente \$1,8 millones para tres países durante cinco años, aproximadamente \$120.000 por país por año. (El presupuesto de MotherCare era de \$450.000, actualmente totalmente gastado en tres países durante un año.)

El presupuesto de la OPS procedente de la USAID es de \$2,25 millones para 11 países durante cinco años. En vista que casi el 53 por ciento de la subvención de la USAID se aplica a sueldos y gastos generales de Washington, el dinero efectivamente disponible para apoyar las iniciativas de país es menos de \$20.000 por año. La OPS contribuye con fondos de contrapartida a la IMMAL con \$2 millones, pero estos fondos son para las actividades interpaíses. El punto esencial es que esta es una cantidad muy pequeña de fondos específicos de país con la cual lograr los objetivos del proyecto.

Durante el EE 1999, ha habido alguna convergencia de pensamiento entre la OPS y la USAID en lo referente a la posibilidad de designar el financiamiento de partidas para actividades específicas de proyectos en un país u otro. El apoyo de presupuestos de partida podría dar más visibilidad a la mortalidad materna en las operaciones de país de la OPS. Esta es una manera de fomentar la autoría de la IMMAL por los miembros del personal de país de la OPS.

Una cantidad significativa de fondos de la iniciativa se están usando para apoyar a los dos miembros del personal de Washington recientemente contratados—un uso apropiado de los recursos. Más allá de eso, si los recursos específicos para las actividades estuvieran concentrados en menos de 11 países, es posible que se podría lograr demostrar una mayor repercusión de las actividades.

V. CONCLUSIONES

A. CONCLUSIONES GENERALES

La IMMAL está logrando ganancias importantes y forma parte de un proceso de impulso y aprendizaje regional que está ocurriendo acerca de los temas de mortalidad materna. Se informa que los 11 países tienen planes nacionales de salud que encaran la mortalidad materna. Las normas y los protocolos de atención materna y neonatal fueron examinados recientemente en varios países y ahora están disponibles para su distribución amplia. Varios sucesos políticos de alto nivel pueden ser atribuibles en parte a la IMMAL relativos al apoyo y la reafirmación de las estrategias obstétricas: una campaña de maternidad sin riesgo de 8 semanas en el Perú, un Día Nacional de Parteras en El Salvador y las declaraciones de Ottawa de septiembre de 1999. Varias iniciativas importantes de política nacional se han dado, en parte como resultado de la iniciativa. Además, hay informes de un mayor número de comités de vigilancia de mortalidad materna. Si no hubiera sido por la IMMAL, estos sucesos probablemente no habrían sucedido.

La contribución de la OPS a la iniciativa ha sido importante al mantener la mortalidad materna en los programas nacionales. El apoyo a la reducción de la mortalidad materna sigue a pesar de considerables cambios de ministros, contrapartes y funcionarios. El financiamiento de la IMMAL le ha permitido a la OPS separar la mortalidad materna de la planificación familiar y ha indicado que la mortalidad materna no significa hospitales nuevos. El personal a tiempo completo recientemente contratado en Washington trae nueva energía a la iniciativa de la OPS.

Las actividades del PGC se reconocen a varios niveles nacionales, regionales y locales como contribuyentes al mejoramiento en la calidad de la atención. En varios países, el Ministerio de Salud está interesado en ampliar la metodología del PGC. Se están observando resultados iniciales en los equipos de diseño/rediseño en una mejor identificación de problemas y trabajo en equipo. Hay una realización creciente en las áreas del PGC que la asistencia digna al enfermo es deficiente y se está viendo una mejora temprana en un mejor trato al cliente. El esfuerzo del PGC ha logrado aumentar la concientización de los proveedores de servicios de que la atención obstétrica actual necesita mejoramiento y también otros procesos de garantía de calidad están disponibles para ser estudiados. Se está llevando a cabo el trabajo inicial para desarrollar un mejor sistema de derivación. Varios proyectos innovadores de diseño/rediseño se están dando que muy pronto pueden ser dignos de difusión y replicación significativos.

Para JSI, la calidad de los materiales de IEC en un país y el proceso por el cual ese material se creó representan un aprendizaje importante.

B. ATENCIÓN OBSTÉTRICA ESENCIAL

La atención obstétrica esencial sigue siendo un área ambigua.

1. El concepto de la atención obstétrica esencial frecuentemente se confunde con atención obstétrica de emergencia; como resultado, la atención esencial no se resalta adecuadamente en las actividades de campo y en las normas y los planes nacionales.
2. Es importante promover las políticas de fortalecer y usar eficientemente diferentes niveles de atención obstétrica (comunidad, albergues de espera para pacientes de alto riesgo, puestos de salud, hogares maternos, hospitales de primera derivación y hospitales de segunda derivación) para la prestación de la atención obstétrica de emergencia.
3. La AOE necesita concebirse como un sistema, en lugar de sencillamente como atención médica en una sala de operaciones de hospital. Tal como está bien documentado en la bibliografía de la OPS y en las declaraciones de la organización, en la mayoría de los países de la IMMAL es contraproducente dirigir la atención de política solo a un nivel de la entrega de servicios. Sin embargo, esta idea de la AOE como un sistema parece haberse perdido en las actividades diarias, dirigidas a los hospitales.
4. La iniciativa todavía no ha funcionado lo suficiente con miembros del personal del MS al nivel político así como al nivel de hospital de proporcionar asistencia técnica para definir las acciones, las destrezas, los medicamentos, el equipo y los suministros requeridos para proporcionar la AOE.
5. La capacitación y las políticas de capacitación a nivel nacional deben incluir un componente fuerte de desarrollo de destrezas.
6. La atención obstétrica de 24 horas y alta calidad en los países de la IMMAL ha sido notificada en exceso. Además, hay confusión acerca de lo que constituye primer nivel y segundo nivel de establecimientos de derivación.
7. No está claro en las actividades de campo si la cirugía, la anestesia y las transfusiones de sangre son componentes que deben ser incluidos en la iniciativa, a pesar de la claridad al nivel de Washington y en la formulación del OE.

C. CUATRO PRIORIDADES OBSTÉTRICAS Y EL SISTEMA DE AOE

Una concentración de las actividades de la iniciativa, específicamente las acciones preventivas y basadas en destrezas dirigidas a las cuatro principales causas de la mortalidad materna—hemorragia, septicemia, hipertensión/eclampsia y parto obstruido—e hipoxia neonatal, podría producir una repercusión significativa.

Un plan más eficaz requerirá una visión holística: el fortalecimiento de la preparación de la comunidad, el fortalecimiento de la capacidad de los servicios básicos de salud para responder a las emergencias obstétricas, y la mejora de la calidad de la atención obstétrica al primer nivel de derivación. Además, se necesita prestar más atención para mejorar la comunicación entre todos los elementos de este sistema de AOE.

Con la participación de la iniciativa, recientemente se han desarrollado normas y protocolos de atención materna y al recién nacido en varios países. La posibilidad de publicar más guías de bolsillo haciendo hincapié en la gestión de complicaciones maternas y neonatales es buena. Varios ministerios están de acuerdo con esta idea.

Existe una creciente concientización entre los prestadores de atención que la atención al enfermo ha sido deficiente así como la relación entre los proveedores de servicios. La iniciativa ha estado trabajando para educar a los miembros del personal apropiados en las necesidades de la atención de las mujeres, y las provisiones de mejor servicio centrado en el cliente. Sin embargo, ningún proyecto de diseño/rediseño ha encarado aún la minimización o eliminación de procedimientos que van en contra de las costumbres culturales importantes de diferentes poblaciones, especialmente las indígenas.

Un factor en la atención obstétrica es la información de calidad deficiente en las historias clínicas del hospital y en los registros. Los datos de mortalidad materna no son confiables y podrían desarrollarse subregistros, con especial atención a las defunciones que ocurren en la comunidad.

D. DIÁLOGO DE POLÍTICA/CAMPO

En toda la iniciativa, se le da poco valor a la sinergia entre el apoyo de políticas y las actividades de campo.

E. OPERACIONES

La USAID/Washington ha proporcionado buena supervisión a la iniciativa. Un examen de hace dos años de las primeras ideas sobre el mejoramiento de la calidad en la mortalidad materna, comparado con las ideas, los instrumentos y el pensamiento actual, demuestra un crecimiento sólido en la comprensión de la interrelación de los temas de mortalidad materna, la complejidad de la respuesta y una capacidad para innovar.

Ha habido una gran lentitud en la notificación de parte de la OPS, lo que ha causado mucha frustración en la USAID y hace más fácil que los críticos crean que la OPS no ha hecho mucho en relación a la IMMAL.

La transferencia excesivamente frecuente de personal a todos los niveles de la iniciativa ha tenido un efecto de desaceleración en los logros de la iniciativa.

La comunicación y coordinación enérgica y activa entre los tres socios de la iniciativa han sido bajas a lo largo de la iniciativa. Donde la OPS es el único representante de la IMMAL, esta observación también se aplica a la percepción de la Misión de la USAID.

La reciprocidad eficaz parece ser baja. La presión de las actividades significa que pocos ejecutores de la iniciativa están informados acerca de otras partes de la iniciativa u otras experiencias de país. Parte de esto es una falla de diseño en la formulación de Resultados Intermedios. Además, hay poco sentido de una visión única, unificada.

En los cuatro países visitados, los comités nacionales para la reducción de la mortalidad materna ya no juegan un papel prominente. El liderazgo de perfil alto que puede haber existido al comienzo ha sido víctima de las emergencias nacionales, las frecuentes transferencias de personal del MS, las reasignaciones de personal y otros factores. Estos comités necesitan estar directamente involucrados nuevamente.

F. OBSERVACIONES DE PAÍSES SELECCIONADOS

En Ecuador, el PGC está funcionando en un área pequeña de repercusión con un foco muy estrecho. Una decisión de concentrarse principalmente en el hospital regional tomada conscientemente hace un año necesita ser reconsiderada; se está invirtiendo mucho tiempo en la producción de pocos resultados en este ambiente complejo. Un sentido bajo de la visión holística parece ser característico en el PGC/Ecuador; el personal informa no estar involucrado en la promoción comunitaria. Otras actividades de garantía de la calidad fuera del área del proyecto, en gran parte, son pasadas por alto. Hay una necesidad de mejor coordinación, colaboración y comunicación entre el PGC y la OPS en este país.

En el Perú, los esfuerzos para incluir a la USAID con la iniciativa de la OPS no se han dado hasta la fecha. Además, la familiaridad de la OPS con el aprendizaje del Proyecto 2000 es baja. En verdad, familiaridad de toda la iniciativa con el Proyecto 2000 es baja y sería una buena idea que los miembros del personal de la IMMAL en otros países visitaran los establecimientos del Proyecto 2000 para intercambiar experiencias de ambos proyectos.

En El Salvador, la OPS está emprendiendo una iniciativa de garantía de calidad sin referencia a otras actividades de la IMMAL y existe una buena oportunidad de mejora mediante el aprendizaje de las actividades del PGC en Honduras. Además, se necesita trabajo adicional para mostrarle al MS las razones de la inquietud por el bajo nivel de atención obstétrica en los hospitales.

En Honduras, están pasando varias cosas interesantes que necesitan observarse cuidadosamente. Esto puede requerir personal adicional y probablemente requerirá apoyo adicional del personal. Además, la OPS necesita estar mejor informada acerca de las actividades de la iniciativa.

La experiencia en la clínica materna de Siguatepeque deja muy en claro que la provisión de atención obstétrica esencial de calidad está vinculada a la generación local de ingresos. La IMMAL está en condiciones de aprender de este resultado clave.

G. IEC Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En el Ecuador, el equipo de IEC está produciendo una amplia variedad de materiales de alta calidad. La eficacia de los materiales al nivel de la comunidad dependerá de las capacidades de los instructores/facilitadores. La distribución de los materiales en octubre de 1999 aumentará la demanda de servicios obstétricos en los establecimientos de salud y el MS debe incorporar las mejoras en la prestación de servicios y estar preparado para satisfacer los nuevos niveles de la demanda.

Una de las limitaciones de la iniciativa que ha obstaculizado el progreso en el Ecuador han sido las huelgas frecuentes y prolongadas del personal del MS. Más allá de esto, es difícil alcanzar eficazmente a la población ecuatoriana rural. La ubicación geográfica de las comunidades rurales y dispersas, los caminos en malas condiciones de las comunidades a los establecimientos de salud más cercanos y la renuencia de dueños de vehículos de transportar a las mujeres, especialmente de noche, son obstáculos importantes a una mejor atención obstétrica que necesita encararse.

En Honduras, el liderazgo eficaz del PGC/Honduras ha desempeñado un papel clave en el éxito de la iniciativa. Las capacidades de los facilitadores han sido factores determinantes en obtener la colaboración de la gente.

H. NECESIDADES NO ATENDIDAS

En América Latina y el Caribe y en los países de la IMMAL en particular, se da una atención inadecuada al problema de las necesidades no atendidas. Hay varios países de la IMMAL donde el porcentaje de mujeres que todavía no son asistidas en las instalaciones públicas o privadas es del 50 por ciento o más, mientras que algunos responsables de la política dirigen mayormente su atención al 50 por ciento que está siendo actualmente atendido de una forma u otra.

I. FACTIBILIDAD DEL AUMENTO EN ESCALA O SUSTENTABILIDAD

Es prematuro abordar el tema del aumento en escala después de sólo dos años de actividades del programa. El alcanzar reducciones sustanciales y sostenibles en mortalidad materna requerirá, entre otras cosas, profesionales del MS comprometidos y dedicados a mejorar la atención obstétrica a todos los niveles, ajustes en los criterios de programación recomendados en esta evaluación y la expansión nacional y regional de los modelos exitosos de mejor atención adquiridos dentro de la IMMAL. Igual de importante, esto requerirá un compromiso financiero continuo de los gobiernos nacionales, la OPS y la USAID en el mediano plazo así como el compromiso político energético, de alto nivel para activar y mantener estas ganancias.

VI. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se han formulado con la visión que la IMMAL es una iniciativa. Las recomendaciones son aplicables a cada uno de los ejecutores de la IMMAL—la OPS en sus responsabilidades de política, el PGC y JSI en sus responsabilidades a los niveles de la comunidad y de los establecimientos y los tres interactuando entre sí. Aun en los casos donde se hacen varias sugerencias concretas, estas deben asumirse como responsabilidades de todos, no sólo de la parte a la cual la observación está dirigida.

A. DIRECCIONES ACTUALES

Recomendación 1: Mantener la formulación conceptual actual a pesar de sus puntos débiles.

La formulación conceptual de la iniciativa ha sido examinada durante meses, y ha alcanzado su estado actual después de un largo y minucioso esfuerzo. Aun está muy confusa y todavía existe mucha ambigüedad tanto a nivel de Washington como a nivel del campo. El comité directivo de Washington necesita encarar estos temas nuevamente considerando los resultados de esta evaluación y distribuir observaciones esclarecedoras a todos los socios de la iniciativa. Sin embargo, en este estadio, no es necesario rehacer la formulación; sencillamente no queda suficiente tiempo en la iniciativa para hacer los ajustes necesarios. Un curso de acción más apropiado es ampliar las responsabilidades operacionales (en contraposición a las conceptuales) de cada ejecutor para incluir algunos indicadores de participación de los logros de cada uno.

Recomendación 2: La atención obstétrica esencial necesita ser enunciada más claramente.

La enunciación a nivel del Objetivo Estratégico de la IMMAL es “una entrega más eficaz de la atención obstétrica esencial.” Actualmente, los RI 2 y RI 3 no están centrados tan claramente en el nivel del objetivo como podrían estar. Muchas actividades actuales, aunque loables en sí, pierden de vista el punto clave de la atención obstétrica esencial. El principio orientador debe ser que cada actividad está relacionada claramente con las cuatro emergencias obstétricas principales.

Esta recomendación incluye varios sub-elementos. Primero, la OPS podría conducir un diálogo de política nacional donde fuera necesario (en los cuatro países visitados, por ejemplo) para definir la diferencia entre la atención obstétrica *esencial* y la atención obstétrica de *emergencia*. Se podría poner el énfasis en las cuatro emergencias obstétricas principales (hemorragia, septicemia, hipertensión/eclampsia y parto obstruido) y la gestión de la hipoxia en los recién nacidos. Estas definiciones deben incluir no sólo los principios generales, sino también las definiciones operacionales ligadas a la provisión de servicios específicos. Se incluye un modelo del esquema en el Anexo M. También es

necesario definir operacionalmente el primer nivel y el segundo nivel de derivación sobre la base de decisiones nacionales claras.

Las normas nacionales para la atención obstétrica esencial deben seguir fortaleciéndose donde ya existen o desarrollarse donde no. Es importante que este trabajo se emprenda no simplemente como un rubro general bajo planificación familiar, como es actualmente el caso en varios países, pero que el producto final tenga la claridad de un documento independiente. Luego se necesitaría elaborar los planes operacionales nacionales para ejecutar estas normas. El tema de mejorar la atención obstétrica de 24 horas también se deben abordar y echar a andar los planes para la capacitación a fondo del personal que proporciona la cobertura de atención obstétrica de noche—las enfermeras y las enfermeras auxiliares.

Estos esfuerzos podrían comprender varios años de trabajo a los niveles nacionales y de política. En condiciones ideales, los prestadores de asistencia del MS de todos los niveles de entrega de servicios obstétricos así como el personal del PGC y de JSI en los países de piloto, deben participar. Cada uno de estos temas debe analizarse cuidadosamente por el PGC y JSI con respecto a las implicaciones en las actividades de diseño/rediseño.

La OPS y el PGC pueden trabajar con miembros del personal del MS a niveles tanto de política como hospitalario en proporcionar asistencia técnica para definir las acciones, las destrezas, los medicamentos, el equipo y los suministros necesarios para ofrecer atención obstétrica esencial.

La atención obstétrica esencial debe ser concebida como un sistema, no sólo como una mejor atención médica en una sala de partos de un hospital. El personal tanto a nivel nacional (OPS) como a nivel de piloto (PGC y JSI) puede comenzar a pensar en la AOE en una forma más holística que se da a diferentes niveles del servicio:

- en el hogar y la comunidad (en el caso de los nacimientos normales, sin complicaciones de mujeres indígenas);
- hacer mejor uso de los albergues de espera para los pacientes de alto riesgo de las zonas rurales aisladas;
- la capacitación de las enfermeras auxiliares (y parteras comunitarias) en mejor identificación de riesgos y planificación de evacuación médica de emergencia;
- la capacitación de enfermeras auxiliares (y quizás de parteras comunitarias especialmente capaces) en el uso apropiado de oxitócicos para el tratamiento de la hemorragia posparto;
- el establecimiento de más hogares maternos para asistir nacimientos no complicados;

- continuar con el trabajo de desarrollar un sistema rápido de derivación de los hogares maternos al hospital en casos de complicaciones obstétricas;
- fortalecer la calidad de la atención obstétrica de emergencia a los hospitales de primera derivación;
- creando políticas e incentivos financieros apoyados por los gobiernos que promuevan el uso de los hospitales con atención obstétrica las 24 horas para las emergencias que se han derivado de los niveles inferiores del servicio, más que para los nacimientos normales; y,
- continuar con el trabajo de crear un sistema rápido de derivación de hospitales de primera y segunda derivación.

El desarrollo de destrezas debe abordarse de forma más coherente de lo que es actualmente. El esfuerzo de la iniciativa debe dirigirse a la capacitación del personal de salud para proporcionar atención materna en el conocimiento y las destrezas asociadas con las cuatro causas principales de mortalidad materna y la hipoxia de recién nacidos. No deben darse las episiotomías y los enemas de forma rutinaria. Las destrezas en la extracción manual de la placenta pueden enseñarse ampliamente y practicarse. Debe darse capacitación a diversos niveles de la prestación de servicios en el uso apropiado de oxitócicos para el tratamiento de la hemorragia posparto. Los módulos de capacitación deben recalcar las destrezas más de lo que lo hacen actualmente.

Los proyectos de diseño/rediseño deben concentrarse en mejorar la atención obstétrica esencial a todos los niveles de la prestación de servicios. Esta AOE se debe basar y conducir de acuerdo a las normas y orientada a las destrezas.

- Los proyectos de diseño/rediseño deben estar orientados a hacer necesarias las acciones explícitas, las destrezas, los medicamentos, el equipo y los exámenes para la entrega de atención obstétrica de bajo nivel en los establecimientos de salud cerca de la comunidad.
- Las actividades de la iniciativa deben capacitar al personal de bajo nivel en el conocimiento y las destrezas clínicas requeridas para controlar las cuatro emergencias obstétricas principales y la gestión de la hipoxia en recién nacidos. El personal de la OPS debe aprender de estos esfuerzos.
- Las actividades de la OPS y del PGC deben dirigir la atención al aumento de la cobertura de nacimientos normales en los hogares maternos y en los consultorios que asisten a los nacimientos normales.
- La iniciativa debe seguir promoviendo el desarrollo y el uso de las guías de bolsillo y otros materiales auxiliares del trabajo para la gestión de las emergencias obstétricas, usando la experiencia hondureña.

- Las actividades de la iniciativa ahora deben empezar a trabajar en mejorar las destrezas de solución de problemas en lo referente a las complicaciones obstétricas y las defunciones maternas y perinatales de los ginecólogos, las enfermeras y las enfermeras auxiliares.
- La OPS y el PGC deben colaborar en el desarrollo de un sistema de derivación y derivación inversa que incluye un documento de derivación que indique la razón de la derivación, para que las mujeres y sus recién nacidos puedan ser recibidos y asistidos rápidamente. Se necesita seguir trabajando en la motivación del personal del hospital para que presten una atención especial a tales pacientes, especialmente cuando han sido derivadas por las parteras del pueblo.

El PGC puede seguir su trabajo alrededor de una metodología de aprendizaje basada en el estudio de casos y la resolución de problemas para aumentar el uso de las normas y protocolos ya desarrollado. La OPS debe participar en estos esfuerzos.

Recomendación 3: Debe promoverse un mejor diálogo de política/campo en toda la iniciativa.

Las implicaciones de esta recomendación son muchas. El personal de la OPS podría viajar con cierta frecuencia para ver lo que está pasando en las operaciones de AOE en el campo (en países piloto y en los que no lo son). El personal del PGC podría tratar de forma activa con la OPS sus experiencias de aprendizaje y participar en los diálogos y las discusiones con la OPS/MS sobre temas de AOE.

El personal del PGC de nivel central podría visitar a los representantes de la OPS en sus visitas al campo y el personal de país de la OPS podría acompañar a estos miembros del personal en sus visitas al campo. El personal de país del PGC podría preparar informes y enviar copias a los representantes de la OPS y hacer seguimiento con presentaciones verbales a la OPS y al MS sobre las actividades del proyecto piloto.

La OPS/Washington y el personal del PGC/Washington podrían invitarse mutuamente para asistir a los foros y las sesiones clave donde se toca el tema de mortalidad materna de forma especial. Los materiales producidos por la OPS podrían compartirse con el personal del PGC antes de su impresión final y se podrían enviar copias al PGC y darles seguimiento en relación a su aplicabilidad a nivel de campo. El personal de la OPS con sede en el país podría compartir documentos de política con el personal de campo del PGC (u otros proyectos dirigidos al campo, como el Proyecto 2000) e invitar su participación en el diálogo de política. El personal de la OPS también podría abogar con el ministro y el personal del MS para que se le de más atención a las actividades piloto y comprender mejor las implicaciones operacionales de la discusión de política.

Las Misiones de la USAID deben ser puntos de contacto importantes para cada entidad; se podrían programar sesiones trimestrales con las Misiones para que los socios de la IMMAL hagan presentaciones (conjuntamente, en países piloto).

Para que esto ocurra, se recomienda que se agreguen indicadores a cada Resultado Intermedio: para la OPS, agregando alguna responsabilidad de los RI 1 y 2, en actividades comunitarias y en AOE; y, para el PGC y JSI, agregando alguna responsabilidad del RI 3, mejora de políticas. Esta podría ser una tarea del Comité Directivo de Washington.

Recomendación 4: Se necesita fortalecer la colaboración enérgica y activa, la comunicación y el compartimiento entre los socios de la iniciativa.

Los eventos nacionales podrían ser patrocinados por la OPS acerca de temas de mortalidad materna como parte de los foros sobre política y temas técnicos que la OPS conduce frecuentemente en muchos países. En tales reuniones, se deben incluir en especial los temas de mortalidad materna y el PGC y otros miembros del personal de campo podrían hacer presentaciones de sus experiencias en la iniciativa. Cuando se celebren foros del proyecto piloto, la OPS y el personal del MS deben asistir, participar (no sólo observar) y usar el acceso a los medios nacionales para darle una amplia exposición al esfuerzo. Desde luego, los planificadores del taller necesitarán hacer algunos ajustes al contenido de tales eventos para hacerlos de interés a los medios nacionales.

Los eventos internacionales podrían manejarse de igual manera. Los talleres de la OPS en los cuales la mortalidad materna figura prominentemente deben incluir al PGC y a otros miembros del personal de campo y a la USAID tanto como invitados como conferencistas. Cuando el PGC patrocine un evento internacional (como la próxima sesión anual de planificación en Honduras), los funcionarios de la OPS de cada país deben ser invitados y hacer presentaciones.

Respecto a los temas de coordinación y comunicación, el personal de todas las organizaciones podría ser responsable de la mejora del flujo de ideas entre sí y entre los socios de la iniciativa. Los planes de trabajo deben incluir los temas de coordinación y comunicación externa y debe requerirse que cada funcionario informe sobre su producción durante el período. Algunas otras ideas de mejor flujo de comunicaciones se podrían generar rápida y fácilmente al discutir las ideas espontáneamente en uno de estos eventos compartidos.

Recomendación 5: En cada país, debe reactivarse el Comité Nacional de Mortalidad Materna.

La iniciativa necesita recuperar el compromiso de los funcionarios del Ministerio de Salud de alto nivel. Una de las primeras obligaciones de estos comités podría ser analizar las conclusiones clave de este documento sobre la atención obstétrica y la visión holística esencial en los próximos 6 meses o más, y elaborar un plan de acción específico de país. La OPS, uno o más ejecutores en el campo (el PGC en los países piloto), el MS y la Misión local de la USAID deben participar en este comité. El MS debe presidir la sesión; donde todavía no exista un interés adecuado de parte del MS, la OPS debe presidir la

sesión. La coordinación y las tareas de comunicación descritas en estas recomendaciones también podrían convertirse en responsabilidades asumidas por estos comités nacionales.

Recomendación 6: Es necesario que se reanalice el papel que la comunidad tiene que jugar en las necesidades de AOE.

Los esfuerzos de IEC deben centrarse más explícitamente en crear conciencia sobre los peligros del parto y en la responsabilidad de la comunidad de salvar la vida de las mujeres. La importancia de la partera del pueblo y el fortalecimiento de su relación con el centro de servicios del MS más cercano son áreas que necesitan ser reforzadas. Se deben realizar esfuerzos especiales para llegar a la población masculina en las comunidades y se podrían desarrollar actividades dirigidas específicamente a los dueños de vehículos en cada comunidad.

Si los materiales de IEC han de reproducirse para uso nacional, se deben realizar algunas mejoras. Las ilustraciones podrían hacerse más atractivas y realistas si las mujeres fueran ilustradas más en conformidad con sus edades. El rotafolio podría ser más eficaz si el texto correspondiente se imprimiera al dorso de cada ilustración. El idioma de los minicarteles sobre el plan de emergencia y los volantes deben simplificarse. El logotipo y las frases utilizadas en estos materiales deben ser readaptados para reflejar el objetivo principal: la preparación y el uso de los planes de evacuación de la comunidad.

El Ecuador tiene el componente de IEC bien establecido; Honduras tiene el componente de movilización comunitaria bien desarrollado. Los países piloto podrían beneficiarse de visitas de un país a otro para intercambiar experiencias así como de las visitas de personal técnico.

Recomendación 7: La OPS debe mejorar su monitoreo y notificación de la subvención.

Los planes de trabajo de la OPS deben ser preparados a tiempo, y los informes trimestrales presentados en forma oportuna. La OPS ahora tiene dos funcionarios a tiempo completo pagados con fondos de la subvención de la USAID asignados a esta iniciativa. Estos funcionarios no deben ser alejados de sus responsabilidades de la IMMAL para atender otros asuntos de la organización. Se deben realizar sesiones más frecuentes entre el personal de PAHO-personal de la IMMAL y el gerente de la iniciativa de la USAID. También debe pensarse en proporcionarle a la USAID los PTS del personal de la OPS responsable de la IMMAL en los diversos países.

Recomendación 8: Se debe seguir y fortalecer el financiamiento destinado a un país determinado.

Se debe fortalecer aún más el financiamiento de la OPS para actividades específicas de la iniciativa similar a los \$10.000 otorgados a El Salvador. Una manera de hacerlo sería fomentando el capital simiente para actividades de la IMMAL basadas en el orden en el cual se reciben las solicitudes o sobre la base de contribuciones paralelas. Se debe

considerar un financiamiento superior a los \$10.000. Una manera de aumentar los fondos sería que la OPS considerara reducir el número de países que reciben fondos de la IMMAL. Quizás un número más realista sería 6 ó 7 proyectos, no porque las actividades en los 11 países no sean importantes, sino porque 6 ó 7 es el número generalmente asociado con una extensión eficaz de control, según el pensamiento moderno de gestión. La OPS/Washington debe tener mayor conocimiento de tales actividades.

Recomendación 9: Deben reducirse las transferencias de personal.

Si bien es difícil en el campo internacional de desarrollo eliminar completamente las transferencias de personal, cada organización podría realizar un esfuerzo concertado para mantener a los miembros del personal actuales en el puesto durante el período que resta de la iniciativa. Donde esto no sea posible, todos los que se relacionan con la persona que se está yendo deben ser alertados sobre esta situación y se debe hacer un esfuerzo concertado para capacitar a la nueva persona cuanto antes. Esta recomendación es para recalcar la importancia de una campaña acelerada de adquisición de conocimiento en la cual todos contribuyen un poco tiempo y energía extra para realizar la tarea, tanto dentro de la organización del funcionario como en las organizaciones de los colegas. El movimiento de personal debe informarse como un área de preocupación en el informe trimestral de cada organización.

Recomendación 10: Recomendaciones específicas de país.

En Ecuador, el PGC/Ecuador necesita ampliar sus actividades más allá de los tres centros de servicio (dos hospitales y un consultorio) donde ha estado trabajando hasta la fecha. Se debe gastar menos energía en trabajar en el Hospital de Latacunga. Parte de esta recomendación incluye la ampliación de la visión holística del personal del PGC y el trabajo en áreas diferentes a los tres centros de prestación de salud fácilmente accesibles.

El PGC/Ecuador y la OPS/Ecuador necesitan prestar atención a la mejora de sus relaciones con el MS al nivel central y entre sí. El comité nacional recientemente fue reactivado con un poco de presión de la Misión de la USAID, y debe empezar a reunirse nuevamente todos los meses, resolver conflictos y seguir con la tarea de definir la atención obstétrica esencial y luego ponerla en práctica.

El PGC/Ecuador y la OPS/Ecuador deben participar más en otras actividades de garantía de la calidad no relacionadas con el proyecto que se realizan en el país. Además, las dos entidades deben invertir tiempo y energía en familiarizarse con lo que sucede en la comunidad y proporcionar asistencia técnica allí.

En el Perú, los funcionarios de la OPS necesitan informar al personal de la Misión de la USAID acerca de las actividades de la iniciativa. La USAID/Washington tiene que jugar un papel en este esfuerzo. El personal de IMMAL de la OPS debe viajar para ver lo que el Proyecto 2000 ha estado logrando en actividades de AOE y garantía de calidad. El personal del Perú también podría viajar a Honduras cuando sea apropiado, para ver lo que las actividades del PGC han producido allí.

En El Salvador, los funcionarios de la OPS deben viajar a Honduras para aprender cómo hacer el trabajo de garantía de calidad más eficazmente. Además, se debe elaborar un plan estratégico para trabajar con el personal nuevo del MS para hacerlos conscientes de las necesidades no atendidas. El nuevo funcionario internacional en salud materno-infantil debe contratarse lo más rápidamente posible y viajar a Honduras y participar en otros eventos de mortalidad materna para adquirir conocimientos sobre las responsabilidades de la IMMAL. La OPS/Washington debe preparar un paquete de orientación detallado para esta persona, incluyendo todos los documentos clave. El personal de la IMMAL de OPS/Washington debe hacer una visita poco después que esta persona asuma el cargo.

En Honduras, la conversión del centro de salud José María Ochoa a un consultorio de maternidad para poder aliviar al hospital de Comayagua de un tercio de su volumen de casos obstétricos es uno de los logros más positivos en atención materna en el centro de Honduras en la última década. El proyecto necesita ser protegido por el proyecto de PGC/Honduras, documentado a fondo y aumentado a escala cuanto antes sin dañar su sostenibilidad. Esto requerirá más apoyo al personal del PGC/Honduras de parte del PGC/Washington.

Además, toda la IMMAL debe considerar la experiencia de Comayagua para las lecciones aprendidas e intentar realizar esfuerzos similares de diseño/rediseño en otros países.

La OPS/Honduras necesita asignar a un funcionario con responsabilidad a tiempo completo de las actividades de IMMAL y esa persona necesita estar mejor informado sobre lo que está sucediendo en este proyecto y con el MS/Comayagua.

B. DIRECCIONES FUTURAS

Recomendación 11: Cada ejecutor de la IMMAL podría comenzar a desarrollar alguna respuesta a las necesidades no atendidas.

Los socios de la iniciativa podrían abordar el tema de las necesidades no atendidas en algún aspecto de su programación. No se sugiere una reconfiguración principal del foco del programa ni una desviación significativa de fondos para encarar este problema, sino que los ejecutores de la iniciativa empiecen a experimentar con algunas actividades y esfuerzos para poner este tema en los programas nacionales y regionales. Se encontró poca evidencia durante la recolección de datos de la idea de aumentar lo atractivo de los hospitales y consultorios para que más mujeres deseen dar a luz en un establecimiento médico.

La OPS podría promover que los líderes del MS sean más sensibles a la población sin acceso a los servicios, quizás mediante el financiamiento de estudios, llevando a cabo una campaña nacional, o proporcionando asistencia técnica acerca de las experiencias latinas exitosas que han hecho los centros de salud más atractivos a las mujeres en su área. Se podría crear un proyecto de diseño/rediseño para el PGC y otros ejecutores de campo en

cada centro de servicio obstétrico para estudiar cómo emprender una campaña de extensión, con publicidad acerca de los servicios mejorados, promoción cívica y otras actividades de movilización comunitaria, como se está experimentando actualmente en el Hospital Santa Teresa en Honduras. Para ambos ejecutores, es una estrategia apropiada el empezar a pensar en el 50 por ciento no cubierto como clientes potenciales para los servicios obstétricos y preparar un plan estratégico sobre cómo atraer a estos clientes.

Para que dicha campaña sea eficaz, es necesario consolidar y luego ampliar las ganancias que se están logrando por medio del PGC en las interacciones proveedor-paciente. Las mujeres se resistirán a ir a los establecimientos de servicio en grandes números hasta que comiencen a recibir mejor tratamiento de parte del personal del MS.

Se podrían promover los establecimientos de parto que atraen a las mujeres indígenas en toda la iniciativa de acuerdo con el modelo del Proyecto 2000 del Perú.

Recomendación 12: Cada ejecutor de la IMMAL podría comenzar a considerar el tema de la generación de ingresos.

La recuperación de costos es un tema que se ha debatido mucho. Algunos países han aprobado recientemente la legislación para ordenar la atención de parto gratuita (aunque todavía queda poco claro lo que quiere decir en términos operativos), mientras otros países están experimentando con un esquema de seguro de salud nacional. Algunos entrevistados opinan firmemente que la provisión de subsidios para los nacimientos puede tomarse como una estrategia nacional importante que la IMMAL claramente podría apoyar. Desde luego, donde haya un mandato nacional de atención médica gratuita para la madre, este debe ser claramente respetado. Otro proyecto de la USAID/Oficina para América Latina y el Caribe (ALC) orienta su atención específicamente al tema y quizás podría compartir en la curva de aprendizaje.

Sin embargo, alguna generación eficaz de ingresos ya se está dando en la IMMAL de la cual la iniciativa podría aprender y ampliarla. La experiencia de Siguatepeque demuestra que cuando los recursos nacionales asignados a la AOE son limitados, la prestación de atención obstétrica de calidad puede ser fomentada por medio de la vinculación a la generación local de ingresos. En los lugares donde se está recolectando fondos y usándose para solventar los gastos operacionales locales, la atención obstétrica es mejor que donde no se están recolectando fondos. Este conocimiento podría aplicarse más ampliamente tanto a los niveles de política como a los de piloto.

Reconociendo que la generación de ingresos es un nuevo tema—quizás uno que se podría agregar a otra programación existente de la USAID (o a iniciativas del Banco Mundial o del BID)—tanto la OPS como el PGC deben comenzar a buscar la forma de cómo los hospitales y los consultorios de salud materna pueden generar fondos localmente administrados para mejorar la entrega de servicios obstétricos esenciales. Para la OPS, las tareas podrían ser estudiar la base legal para la recuperación de costos y la investigación sobre la estructura de cargos que sería apropiada, o auspiciar un foro nacional o internacional sobre experiencias innovadoras de recuperación de costos. Para el PGC, la

tarea podría ser aprender rápidamente de la experiencia de Siguatepeque, estandarizar los cargos en el consultorio José María Ochoa recientemente inaugurado (e idealmente en el Hospital de Comayagua)¹⁶ y difundir los resultados ampliamente para que los planificadores nacionales de Honduras (y en otros lugares) puedan aprender de la experiencia. Esta actividad ya se está realizando; solo necesita reforzarse. Las mujeres han demostrado estar dispuestas a pagar por la atención de calidad más alta. Cómo aprovechar este hecho, al mismo tiempo que se usan los recursos para mejorar aún más la atención obstétrica es, en realidad, un elemento importante que la IMMAL podría empezar a investigar.¹⁷

Otra idea que aparentemente ya está tomando cuerpo es que el MS podría usar la documentación del PGC y de la OPS del proceso de garantía de calidad para preparar propuestas a ser presentadas a los donantes internacionales para obtener más financiamiento para la AOE. Con muy pocos cambios, la documentación de los proyectos de diseño/rediseño del PGC se podrían poner en una solicitud potente de financiamiento a diversos donantes europeos. La OPS podría ayudar a los Ministerios en este esfuerzo, al menos en los tres países piloto.

Recomendación 13: Cada ejecutor de la IMMAL podría empezar a prestar más atención a la grave subnotificación sobre mortalidad materna.

Para la OPS y PGC, esto podría incluir más apoyo para estudios, tal como en la presentación hondureña al CDC (para la OPS, estudios nacionales; para el PGC, estudios regionales o distritales.) Para ambas entidades, debería ser relativamente fácil desarrollar estudios sencillos, eficaces en función de los costos similares al conducido recientemente por el PLAN en Ecuador.¹⁸ Para ambas entidades, esto también podría incluir más trabajo con el MS para encarar con firmeza la formación de más comités de mortalidad materna a niveles descentralizados y promover más metodologías de autopsia verbal. Para ambos, el trabajo debe incluir mejorar los registros de información hospitalaria así como fortalecer la investigación de las muertes maternas, tanto a los niveles nacional como local. Además, debe haber una interrelación entre las actividades que son financiadas o apoyadas por la OPS en esta área, y aquellas emprendidas por el PGC.

Relacionadamente, se necesita realizar más trabajo para mejorar los sistemas de información de mortalidad materna actuales. Esto es tanto un esfuerzo nacional como

¹⁶ De hecho, se hizo una sugerencia en este sentido al director regional de salud en Comayagua durante la visita de campo. (Ver la carta en el Anexo G.)

¹⁷ La recomendación en lo referente a la generación de ingresos se ajusta muy bien dentro del proyecto tal como está actualmente concebido. Debe señalarse que algunos miembros del personal del MS solicitaron específicamente que la IMMAL emprendiera un proyecto de diseño en capacitación gerencial pero la solicitud estaba demasiado afuera del alcance de esta iniciativa. La capacitación gerencial para médicos-gerentes sin experiencia y administradores hospitalarios podría producir ganancias importantes, incluso si está fuera del área de la IMMAL y se recomienda que este tema sea evaluado por las autoridades del proyecto más amplio del PGC como un área para la programación futura. En el pasado este tema se ha discutido en Honduras con gerentes del PGC, pero nunca se concretó nada. Sería un esfuerzo valioso.

¹⁸ En el Ecuador, un estudio de PLAN International de 20 comunidades informa el mismo número de defunciones maternas en 9 meses que fuera informado por datos del MS para toda la región en 1998.

regional, distrital y hospitalario; la OPS y el PGC, junto con el MS, podrían colaborar en esta área. Esta actividad también debe incluir un estudio de lo que parece estar funcionando correctamente en la región en esta área, por ejemplo en Perú y en Nicaragua, donde otros países le están dedicando atención a este tema.

Conclusión

A pesar de las dificultades de iniciación y el tema y diseño complejos, la IMMAL ha logrado ganancias significativas en la primera mitad de su vida. La puesta en práctica de estas recomendaciones ayudará aún más a que alcance sus metas durante lo que queda de la iniciativa.

ANEXOS

A: Memorando de Acción de la IMMAL.....	85
B: Alcance del trabajo.....	91
C: Marco de resultados de los objetivos estratégicos y cuadros de indicadores.....	101
D: Calendario de viaje del equipo.....	121
E: Cuestionarios de evaluación.....	125
F: Lista de entrevistas.....	131
G: Historias personales de los integrantes del equipo de evaluación.....	137
H: Cuatro casos clínicos.....	149
I: Cartas del equipo de evaluación producidas durante el viaje.....	153
J: Bibliografía.....	167
K: Indicadores sugeridos para el monitoreo y evaluación del PGC.....	175
L: Sugerencias en el informe de datos de base del PGC (Ecuador)	179
M: Diagrama de AOE.....	183

ANNEX A

MEMORANDO DE ACCIÓN DE LA IMMAL

ANNEX B
ALCANCE DEL TRABAJO

ANNEX C

**MARCO DE RESULTADOS DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Y CUADROS DE INDICADORES**

ANNEX D

CALENDARIO DE VIAJE DEL EQUIPO

ECUADOR SCHEDULE*MONDAY, Aug. 9*

9:00 am	QAP/E	Meeting w/ Ecuador Project Committee
11:00 am	MOH/E	Meeting Dr. Walter Torres and MOH staff
2:00 pm	PLAN	Meeting with Dr. Mario Chávez and Narcisa Torres
4:00 pm	USAID/E	Meeting with Dr. Ken Farr and Aida LeFiebre

TUESDAY, Aug. 10

9:30 am	PAHO/E	Meeting with Dr. Elmer Escobar and PAHO/E team
11:00 am	QAP/E	Meeting with Dr. Jorge Hermida and team
2:00 pm		Travel to Latacunga

WEDNESDAY, Aug. 11: Field Visit

9:00 am	MOH/Cotpx.	Meeting with Dr. Franciso Rosero and Cotapaxi Regional Project Committee
11:00 am	MOH/Ltga.	Visit Latacunga Provincial hospital, Dr. Jorge Miño Pazmiño and hospital team
2:00 pm	MOH/Ltga.	Dr. Rodrigo Paredes and Latacunga Health Post #1 team
4:00 pm	Salcedo	Dr. José Izurieta and Salcedo cantonal hospital team
4:30 pm	PLAN	Dr. Mario Chavez and MOH IEC Committee

THURSDAY, Aug. 12: Field Visit

9:00 am	Latacunga Provincial hospital—	Dr. Carlos Donoso
11:00 am	Saquisilí	Dra. María del Carmen Grijalva and Saquisilí Hospital team.
4:00 pm	Chanchaló	Community visit with PLAN

FRIDAY, Aug. 13

11:00 am	MOH	Dr. Ramiro Echevarría, Dra. Diana Molina and MOH team
2:00 pm	QAP/E	Briefing to Ecuador Project Committee; briefing to MOH;
4:00 pm	USAID	Briefing, Dr. Ken Farr and team meeting

SATURDAY, Aug. 14

Document reading

PERU SCHEDULE*MONDAY, Aug 16*

10:00 am	IDB	Ricardo Corcuera
2:30 pm	Project 2000	Dr. Bruno Benavides and team

TUESDAY, Aug. 17

10:00 am	MOH/P	Dr. Nazario Carrasco and team
2:30 pm	PAHO/P	Dra. Marie-Andrée Diouf, Dra. Miriam Cruz Olave

WEDNESDAY, Aug. 18

8:30 am	USAID	Dick Martin and team
---------	-------	----------------------

EL SALVADOR SCHEDULE

THURSDAY, Aug. 19

8:30 am	PAHO/ES	Dr. Antonio Horacio Toro
9:00 am	MOH/ES	Dra. Rina de Ortiz, Dr. Ricardo Lara
2:00 pm	Hospital San Bartolo—Dr. Cecilio Parada and team	

FRIDAY, Aug. 20

8:30 am	USAID/ES	Dr. Terry Tiffany, Dra. María Carmen Estrada
10:30 am	PAHO/ES	Dr. Antonio Horacio Toro, and team
11:30 am	SALSA	Lucilda Aguirre
2:00 pm	UNFPA	Dr. Mario Morales

HONDURAS SCHEDULE

MONDAY, Aug. 23

10:30 am	USAID/H	Meri Sinnit, Dr. Ernesto Pinto
2:00 pm	UNICEF	Dr. José Ochoa, (ex encargado de LAMM/OPS)
4:00 pm	QPA/H	Meeting with URC/QAP/H staff
6:00 pm	PAHO/H	Dr. Miguel Machuca, Dr. Ismael Soriano

TUESDAY, Aug. 24

3:30 pm	MOH	Dr. Mario Chiesa, Director, Programa Nacional de Garantía de Calidad
---------	-----	--

WEDNESDAY, Aug. 25

8:30 am	MOH	National Coordinating Committee: Dr. Jorge Melendez, Dr. Alejandro Melara, Dr. Angel Coca (USAID), Dr. Ismael Soriano (PAHO), Dr. Mario Castro (QAP/H)
1:00 pm	UNFPA	Dra. Maritza Elvir, Dra. Cecilia, Dra. Patricia Rivera
3:00 pm	MOH	Field Trip to Maternal Birthing Center Siguatepeque

THURSDAY, Aug. 26: Field Travel

9:00 am	MOH/Comayagua—Dr. Alejandro Melara, Dr. Arturo Gutierrez & regional team	
11:00 am	CESAMO Jose Maria Ochoa—Dr. Oscar Ravén Gomez and team	
2:00 pm	Barrio La Independencia—Attendance at community workshop	

FRIDAY, Aug. 27: Field Travel

8:00 am	Hospital Santa. Teresa—Dr. Hector Chahin and hospital team Comayagua	
2:00 pm	Ajuterique	Visit Comité de Salud, also FUMEF
3:30 pm	La Paz	Taller de Planificación Estratégica Municipio de La Paz; also Hogar Materno de La Paz; also Equipo de diseño de Hospital de La Paz

SATURDAY, Aug. 28

9:00 am	QAP	Meeting with QAP/URC staff
11:30 am		Return to U.S.

ANNEX E
CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

FIELD QUESTIONNAIRE- MANAGEMENT

Interviewee name :

Title

Date:

From your point of view, what have been the key management issues to date? In terms of:

Start-up issues?

Flow of communication?

Inter-country coordination?

Extra-country coordination?

Preparation of work plans?

Follow up of work plans?

Human resources: timeliness, adequate, spread

Financial resources: timeliness, adequate, spread

Monitoring and evaluation

What could be better?

FIELD QUESTIONNAIRE: OVERVIEW

Interviewee name :

Title

Date:

From your point of view, what have been the key project achievements to date?

What could have functioned better?

What have been the project's key managerial strengths?

Any key weaknesses?

From your point of view, how would you characterize the relationship between USAID and the Cooperating Agencies in this project (different from other projects)?

Between USAID and PAHO?

Have there been tangible outputs from the relationship between PAHO and the Cooperating Agencies in this project? What?

What have been the National Steering Committee's principal accomplishments? How does it function? How often meet?

Specifically regarding PAHO's role: are you aware what has been accomplished regarding:

- 1) working with regional plans?
- 2) working with regional interagency coordinating committees?
- 3) enhanced communication between HQ and regional staff?
- 4) country managers with better EOC info.?
- 5) more high level (pol) support to EOC?
- 6) identifying legislative and policy issues?
- 7) improvements in maternal mortality surveillance?

CUESTIONARIO GUIA PARA PERU & EL SALVADOR

BID

Desde su punto de vista cual es la situacion actual de la Mortalidad Materna en el pais?

En su opinion como ha sido el funcionamiento del RICC

Cuales han sido los principales logros del Comite?

Cuales son las mayores dificultades ?

Cual ha sido el rol de la OPS en el funcionamiento del Comite

Existe un plan de trabajo y monitoreo del Comite?

Que haria para mejorar la funcion del Comite?

Proyecto 2000

Como se articulan los objetivos del proyecto con el Plan Nacional de Reduccion de la Mortalidad Materna?

Que poblacion cubre?

Cuando comienza y cuando termina el proyecto? Quien lo financia?

Requiere el proyecto de coordinacion con otras instituciones/organizaciones? Cual es el mecanismo de coordinacion?

Cuales han sido los principales logros?

Cuales las mayores dificultades?

Cual es la sostenibilidad del proyecto ?

Cual es su opinion respecto de la ampliacion de la metodologia del proyecto al pais?

Ministerio de Salud

Cuando fue la ultima revision del Plan nacional para la reduccion de la Mortalidad Materna?

Cual es la prioridad otorgada al Plan dentro de la politica de Salud vigente? Como esta expresada?

Que logros identifica en relacion al Plan?

Cuales han sido las principales dificultades para ejecutar el Plan?

De que manera esta integrada al Plan la estrategia de AOE?

Cuando se hizo la ultima revision de los protocolos de atencion materna y perinatal?

Cual ha sido el principal aporte de OPS al Ministerio de Salud?

Cuales son a su juicio los aportes principales de los comite RICC, CICC y STAG

En que grado de avance califica el funcionamiento los Comites de Vigilancia de la Mortalidad Materna?

Hay una mejor calidad de informacion respecto a complicaciones obstetricas y mortalidad materna y perinatal disponible para la toma de decisiones?

Cual es a su juicio el mayor aporte de los proyectos locales (ONG, donantes, etc) para la reduccion de la Mortalidad materna?

Que hace falta hacer?

OPS

Grado de avance del Plan Regional para la disminucion de la Mortalidad Materna

1. Revision del Plan Nacional para apoyar la estartegia de una mejor AOE
2. Funcionamiento de los comites (se ha generado apoyo al Plan?)
3. Plan de comunicacion para los gerentes de programas
4. Vigilancia de la mortalidad materna
5. Inclusion de la MM entre las prioridades de los programas publicos y la creacion de mecanismos para traducir la atencion obstetrica esencial en propuestas concretas de politicas y programas
6. Elaboracion de instrumenstos para el analisis de politicas y marcos normativos y referenciales vinculados con AOE y la salud materna
7. Provision de apoyo tecnico a MSP y ONG

Cuales han sido las principales dificultades para llevar a cabo el Plan en el pais?

Cuales identifica como los principales logros?

Cual es el punto menos desarrollado?

Como califica el funcionamiento de los comites RICC, CICC y STAG?

Tiene un plan de accion y monitoreo respecto de las diferentes actividades del Plan?

Con que frecuencia elabora los informes de avance? Cuando fue el ultimo?

Que tipo de apoyo ha recibido de OPS/Washington para el cumplimiento del Plan?

Cual es el mecanismo de coordinacion con OPS/Washington?

USAID

Cual es su opinion respecto al desarrollo del Plan para la reduccion de la MM en el pais?

Como es el aporte de OPS?

Que beneficos identifica de los comite RICC, CICC

Cual son a su juicio los logros del Plan?

Cuales han sido las principales dificultades para su ejecucion?

ANNEX F
LISTA DE ENTREVISTAS

WASHINGTON, DC

USAID

Annette Bongiovanni	LAMM Project Manager
Carol Dabbs	CTO, LAC Regional Health Priorities Project
Jim Heiby	CTO, Quality Assurance II Project
Ellen Ogden	CTO, Polio Eradication and Immunization Support
Mary Ellen Stanton	CTO, MotherCare III Project
Susan Bacheller	Technical Advisor to Rational Pharmaceutical Management Project

University Research Corporation/Washington

Dr. Stephene Legros	LAMM Project Manager, Quality Assurance Project
Diani Silimperi	Assistant Director, QAP Project
Dr. David Nicholas	Vice President
Dra. Barbara Kerstiens	(ex) Assistant Director, QAP Project

MotherCare/John Snow, Inc.

Coleen Conroy	Deputy Director, LAMM Project
Patricia Duanas	(participant in various committee meetings; not interviewed)

Pan American Health Organization

David Brandling-Bennet	Deputy Director
Irene Klinger	DEC Director
José Antonio Solís	HHP Director
Carol Collado	HPF/PC Coordinator
Victoria Camacho	LAMM Project Manager
Ivales Segovia	LAMM Technical Officer

ECUADOR

Ministry of Public Health/Quito

Dr. Ramiro Echeverría	Director General of Health
Dra. Diana Molina	Director of Promotion and Integrated Attention
Lic. Guadalupe Orozco	Statistician, National Directorate of Promotion and Protection
Dra. María Elena Acosta	Responsable de Implementación de Normas de Salud Reproductiva
Dr. Walter Torres	National Coordinator of Promotion and Protection
Dr. Patricio Jácome	Chief of the Department of Reproductive Health
Dr. Luis Escobar	National Coordinator of the Reduction in Maternal Mortality

Organización PanAmericana de Salud/Quito

Dr. Elmer Escobar	Representative in Ecuador
Dr. Alberto López	OPS/OMS, LAMM Project-in-Charge
Silvia Hartman	Consultant in Biostatistics/Epidemiology
Carlos Samayoa	Consultant
Ninja León	National Professional, OPS/OMS
Hugo Noboa	National Professional, OPS/OMS

Ministry of Health/Cotopaxi

Dr. Francisco Rosero	Provincial Director
Dr. Fernando Mejia	Provincial Subdirector
Dra. Susana Moscoso	Encargada de la Red de Servicios de Salud, Cotapaxi
Dra. Marianita Escutar	Chief of Health Services, Cotapaxi
Dr. Jorge Miño	Director, Provincial Hospital of Cotapaxi
Dr. José Izurieta	Director, Cantonal Hospital of Salcedo
Dra. María del Carmen Grijalva	Director, Cantonal Hospital of Saquisilí

Dr. Carlos Donoso	Chief of Gynecological Services, Cotapaxi P. Hospital
Dr. Rodrigo Paredes	Director, Latunga Health Center # 1
Dr. Enrique Villarroel	Epidemiologist, Latunga Health Center # 1
Dra. Grace Herrera	Obstetric nurse, Latunga Health Center #1
Dr. Freddy Tinillo Ortiz	Social Security Physician
Mercedes Fabara	Orthodontist nurse auxiliary, Latunga Health Center # 1
Obst. Miriam Revelo	Obstetric nurse, Latunga Health Center # 1
Obst. Yolanda Santacruz	Obstetric nurse, Latunga Health Center # 1
Obst. Olga Ruíz	Obstetric nurse, Salcedo Hospital
Obst. Gladys Escobar	Obstetric nurse, Latacunga Health Center # 1
Lic. Carmita Pérez	Nutritionist, Latunga Health Center # 1
Lic. Mariana Mejía	Social Worker, Cotapaxi Provincial Hospital
Lic. Defilia Landeta	Nurse, Hospital of Salcedo
Lic. Margarita Sánchez	Nurse of the Salcedo Cantonal hospital
Ana Ortega	Regional Statistician, Latunga Health Center # 1
Teresa Brazales	Health Educator, Cotapaxi Province
Grace Mejía	Secretary, Latunga Health Center # 1
Grimaneza Villacís	In-Charge, Latacunga Maternal Waiting Center

PLAN International

Dr. Mario Chávez	LAMM Field Coordinator
Dra. Narcisa Calahorrano	Assistant Project Coordinator
Lic. Narcisa Torres	Educator
Lic. Ano Ordonez	Salcedo Nurse
Lic. Myriam Pillajo	Facilitator

University Research Corporation

Dr. Jorge Hermida	Director QAP Project in Latin America
Dr. Luis Vaca	LAMM Field Coordinator
Dr. Marco Antonio Pino	Consultant
Dr. Patricio Ayohoco	Consultant
María Sanchez	Consultant
Dr. Luis Fernando Viera	Consultant

USAID

Dr. Kenneth Farr	Chief, HPN
Aida LeFiebre	Assistant Chief, HPN
Pablo Palacios	USAID/MSP/JHPIEGO Consultant

PERU*InterAmerican Development Bank*

Ricardo Corcuera	Project Officer
------------------	-----------------

Project 2000

Dr. Bruno Benavides	Chief of Technical Assistance, Project 2000 (Pathfinder)
Dr. Alfonso Villacorta	Specialist in Mother-Child Health (CARE)
Dr. Hugo Oblitas	Project Director, Project 2000 (MOH)

Ministry of Health

Dr. Nasario Carrasco	Director of Maternal-Child Health Program
Dr. Eduardo Maradiegue	Advisor of Maternal-Child Health Program
Rosa Villar	Advisor of Maternal-Child Health Program

Organización PanAmericana de Salud/Lima

Dra. Marie-Andree Diouf Representative
Dra. Miryam Cruz Olave International consultant, LAMM In-Charge

USAID

Richard Brown Chief, HPN
Dra. Lucy Lopez Program Manager, HPN Office
Dr. Jaime Chan VIGIA Project Coordinator, HPN Office
Barbara Feringa Manager, Reproductive Health Project

EL SALVADOR

Organización PanAmericana de Salud/San Salvador

Dr. Horacio Toro Representative
Ing. José Gerardo Merino Coordinator, technical cooperation; LAMM in-charge (a.i.)
Dr. Mario Morales Official, Reproductive Health
José Ruales Consultant in health systems
Dr. Mario Valcarcel Epidemiologist

Ministry of Health

Dra. Rina de Ortiz In-Charge, Programa Salud Escolar
Dr. Ricardo Lara In-Charge, Programa Materno-infantil
Dr. Cecelio Parada Director, Hospital Periférica San Bartolo

UNFPA

Dr. Mario Morales Official of Reproductive Health

USAID

Dr. Terrance Tiffany Chief, HPN
Dra. Maria Carmen Estrada Manager, HPN

Project SALSA

Lucelda Aguirre Assistant Administrator

HONDURAS

USAID

Meri Sinnit Director, HPN
Dr. Ernesto Pinto Foreign Service National
Dr. Angel Coca Foreign Service National

UNICEF

Dr. José Ochoa Consultant

UNFPA

Dra. Maritza Elvir Program Officer
Dra Cecilia Maurente Consultant in Reproductive Health
Dra. Patricia Rivera Official in Reproductive Health

URC/QAP

Dr. Marco Antonio Casto Country Representative
Dra. Norma Aly IEC and Community Specialist
Lic. Ana Ruth Gutierrez Community Specialist
Gerardo Torres Community Promoter
Juan José Flores Community Promoter

PAHO

Dr. Miguel Machuca Acting Representative
Dr. Ismael Soriano Consultant

MOH/Tegucigalpa

Dr. Mario Chiesa National Director, Office of Guarantee of Quality
Dr. José Melendez National Director, Maternal and Child Health

MOH/Comayagua

Dr. Alejandro Melara Regional Director, Comayagua
Dr. Hector Chahin Hospital Director, Santa Teresa Hospital
Dr. Arturo Gutierrez Departmental Director of Health
Lic. Norma Padilla Technical Assistant to the Family Health Unit
Dr. Emilio Maridiaga Obstetrician/Gynecologist, Santa Teresa Hospital
Lic Irma Montoya Nurse Supervisor, Santa Teresa Hospital
Rosaeverist Giron Statistician, Santa Teresa Hospital
Sonya Morales MIS, Santa Teresa Hospital
Juaquina Valle Nurse Supervisor, Santa Teresa Hospital
Lilian Padilla Neonatologist , Santa Teresa Hospital
Oscar Renán Gomes Director, CESAMO José María Ochoa
Mayte Santos Logistics, Santa Teresa Hospital

Hospital La Paz

Dr. Rigoberto Castro Hospital Director
Lic. Celeste Mendez Social Worker, La Paz Hospital
Ramon Roso Department In Charge, Statistics, La Paz Hospital

ANNEX G

**HISTORIAS PERSONALES DE LOS INTEGRANTES
DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN**

Frank Sullivan

HC 72 Box 204
Locust Grove, VA. 22508
Tel: (540) 972-1261
E-mail: frank.sullivan@gowebway.com

SUMMARY Substantial consulting experience in program design and evaluation. Twelve years in complex managerial assignments as Country Director and twenty-five years in program development on three continents. Multi-year living experience in the Dominican Republic, Bolivia, Ecuador, Honduras and Bangladesh and in-depth familiarity with these country. Successful experience with US Government both in fund-raising and in project evaluation. Broad experience in organizational leadership, project marketing, staff development and team building, and enhanced quality project management. Strong analytic abilities and written and presentation skills. Masters degree in international development from Cornell. Completely fluent Spanish.

EVALUATION Chief of Party of a **USAID/Washington** four-country Maternal Mortality midterm evaluation. Chief of Party of a **USAID/Bolivia** Title II midterm evaluation of Development Assistance Programs for three Cooperating Sponsors. Chief of Party of a **USAID/Dominican Republic** Title II Hurricane Georges Emergency response assessment. Chief of Party of a **USAID/Honduras** Health Sector midterm project evaluation. Chief of Party of a **USAID/Bolivia** Community and Child Health final project evaluation. Chief of Party of a Bolivia PROCOSI health network project documentation exercise. Chief consultant to **Save the Children/Angola** for an emergency Title II final project evaluation. Chief of Party to **Save the Children/Westport** of an Institutional Support Grant evaluation for **USAID/Food For Peace-Washington**.

PROPOSAL DESIGN Leader in the re-write of agricultural and institutional development components of a **CARE/Nicaragua** Development Activities Proposal. Chief of party for write-up of a **CARE/ Bolivia** proposal for a health, agricultural and food-for-work project, recently approved. Chief writer of a **Save the Children/ Nicaragua** Hurricane Mitch disaster response proposal. Team member of a **Save the Children/Bangladesh** proposal for a health and agricultural development project. Monitoring and evaluation manual writer to **Save the Children/Washington** on food programming, and author of a SC food evaluation manual.

STRATEGIC PLANNING & Provided leadership to strategic planning, portfolio review and evaluation of on-going projects. Skilled in multi-year visioning and

PROGRAM DESIGN	<p>SWOT analysis and facilitation to foster team consensus.</p> <p>Implemented new strategic directions building on the organization's competitive advantage and country challenges. Spearheaded the design and marketing of \$40 million of new projects requiring substantial personal involvement and supervision: In the Dominican Republic, \$4.5 million in Title-II food assisted primary health care programming and urban/rural water and sanitation; in Bolivia, \$27 million in natural resource and primary health care projects; in Ecuador, \$4.5 million in sprinkler-irrigation, potable water, primary health care and micro-enterprise projects.</p>
MANAGEMENT	<p>Exercised hands-on management of diverse portfolios. Supervised up to eight experts and 175 national staff, and annual budgets to \$6.5 million. Portfolios recognized widely for significant qualitative improvements that took place during each tenure. Doubled the portfolio in two assignments. Achieved improved financial oversight, administration of 100-or-more vehicle fleet operations, human resources management systems and office processes.</p> <p>Specialized in "turn around" situations and recognized for high administrative ability and broad strategic creativity. Energized staff to provide the best quality service to donors and Third World poor. Personally led processes of institutional rejuvenation, climate surveying and program innovation.</p> <p>Management consultant to the Department of Health of the District of Columbia as team leader of an environmental health consulting team.</p>
TRAINING & ORGANIZATIONAL DEVELOPMENT	<p>Fifteen years experience in personnel supervision, coaching and staff development. Known for high profile involvement and personal visioning. Widely read in themes of leadership and intimate knowledge of Situational Leadership, <i>and The 7 Habits of Highly Effective People</i>. Designed course work on these themes to stimulate, motivate and enhance staff job skills; personally conducted much of this training in Spanish. Skilled facilitator in all aspects of project development, leadership, project management. Participated in a self-financed "Training of Trainers" workshop at Training Resources Group. Certified instructor of the Myers-Briggs MBTI trait instrument Agricultural project trainer to the U.S. Department of Agriculture and the Government of Thailand in project management.</p>
TECHNICAL EXPERTISE	<p>Extensive knowledge and experience of Third World and Bolivia development issues. <u>In primary health care</u>: growth card monitoring, nutritional counseling, diarrhea control, breast feeding promotion, immunizations, family planning, AIDS campaigns, adolescent sex</p>

education, water quantity and quality, hygiene education, community participation. Knowledgeable on issues of maternal mortality in Latin America.

In Food Security programming: commodity selection, proposal write-up, market analysis, Bellmon certification, disincentive analysis, Monetization, port management, commodity storage and logistics. Expert in the use of Title II as a development tool.

In agriculture and natural resources: sprinkler irrigation, soil conservation, agro-forestry, micro-watershed management, nursery management, small-scale vegetable production, community participation, agricultural credit.

RECENT
EMPLOYMENT

- 8/99 Chief of Party: USAID/Washington Latin American and the Caribbean Maternal Mortality Project midterm evaluation.
- 6/99 Chief of Party: USAID/Bolivia Midterm evaluation of three Title II agricultural./health/food-for-work Development Activity Proposals (DAP).
- 5/99 DAP proposal team member: CARE/Nicaragua.
- 4/99 Chief of Party: USAID/Dominican Republic Hurricane George Title II Midterm assessment.
- 2/99 DAP proposal team member: Save the Children/Bangladesh
- 1/99 Strategic planner: Hurricane Mitch Emergency Response plan, Save the Children/Nicaragua.
- 9/98 Chief of Party: documentation exercise, PVO Networks for Health, Bolivia.
- 8/98 Chief of Party: DAP proposal preparation, CARE/Bolivia.
- 7/98 Monitoring and evaluation consultant: Save the Children/ Washington DC.
- 5//98 Chief of Party: USAID/Honduras Health Sector II Project and Population-II Project midterm evaluations, POPTECH.
- 4/98 Chief evaluator: Angola AACP Emergency Food Project final evaluation, Save the Children.
- 3/98 Chief of Party: USAID/Bolivia Community and Child Health Project final evaluation, POPTECH.
- 2/98 Chief of Party: Title-II Institutional Support Grant evaluation, Save the Children.
- 9/97 Management consultant: DC Department of Health, University Research Corporation.
- 92-96 Country Director: CARE/Dominican Republic.
- 86-92 Country Director: CARE/Bolivia.
- 84-87 Country Director: CARE/Ecuador.
- 82-84 Assistant Country Director: CARE/Bangladesh.
- 81 Trainer consultant: USDA and the Government of Thailand.

GLORIA METCALFE

PERSONAL:

Titles: Professional Midwife; Masters in Public Health

Passport: (Chile)

Address: Casilla 409, Quillota
V Región, Chile
(56) 33 - 312248
matronas@entelchile.net

ACADEMICS:

1971- 76 School of Obstetrics, University of Chile, Santiago, Chile

1987- 88 Masters in Public Health, Medical Faculty, School of Public Health, U. of Chile

EXPERIENCE:

Hospital Paula Jaraquemada; Santiago, Chile. Clinical Midwife in Residence, also Quality Assurance officer in this 300-bed, level III referral hospital in Santiago. 1976 – 1984.

Ministry of Health of Chile; Santiago, Chile. Midwife responsible for the National Program for Maternal and Perinatal Health, involved with implementation of policy, standards and protocols in Maternal Infant Health programs, including monitoring, evaluation y assessment of activities for the Ministry of Health at the regional and national levels; planning, development and implementation of approved methodology within the environment of Reproductive Health Care and Family Planning, with a focus on the design and presentation of training programs for the implementation of the new policies in women's health care. 1982 – 1994

Consultancies -

May - June 1998 Review of the Program for Training of Empirical Midwives in Newborn Care for the Ministry of Health of Honduras and contracted by Mothercare, John Snow, Inc. Evaluation of programs included site visits, surveys and interviews with medical personnel and the midwives involved, as well as review and correction of manuals and training materials.

April – October 1997 Negotiations and initiations for the implementation of the first Professional Midwifery School for the NGO “Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende – CASA. Coordination with the Secretary of Education for the State of Guanajuato, Mexico, design and elaboration of a curriculum for 2 years (6 continuous

academic semesters) based on the criteria of the Secretary of Public Education in México, and on organizations related with women's health internationally recognized, such as the World Health Organization, International Confederation of Midwives, Midwives Alliance of North America, etc.

September 1994 – April 1997 Technical Long Term Advisor of the Mothercare II Project in Bolivia, contracted by The American College of Nurse Midwives (Washington DC). Responsibilities included the elaboration of protocols and norms in conjunction with the Ministry of Health of Bolivia in maternal/infant health care at the national level, planning and development of training programs to implement the protocols in Bolivia and assessment/evaluation of the IEC component in coordination with psychologists and technicians of the NGO Path, Inc.

May – June 1994 Short term advisory for the Mothercare I project (John Snow, Inc.) in Bolivia, in the evaluation and recommendations for their Bolivian projects, with propositions for their future projects in Bolivia in Mothercare II, in terms of health care services, the direction of training of professionals and programs for evaluation and monitoring.

PUBLICATIONS:

Co-author of more than 20 publications such as guides, manuals or texts published under the authority of the Ministry of Health of Chile or Bolivia, the Secretary of Education of México, and the Pan American Health Organization, including some of the following titles:

- Manual de Salud Materna para Auxiliares de Enfermería de Puestos Sanitarios (Chile)
- Protocolos para la Detección y Prevención de Alto Riesgo Gineco-Obstetrico (Chile)
- La Adolescente Embarazada (Normas y Políticas del Min. de Salud de Chile)
- Normas de la Atención de la Mujer Embarazada y el Recién Nacido (Sec. De Salud/Bolivia)
- Curriculum con Asignaturas para la capacitación de Parteras Profesionales en México (Sec. de Educación de México)
- Evaluation of the Nutritional Status of the Pregnant and Lactating Woman in Chile (Pan-American Health Organization, 1988,89,90,91,92)
- Current Situation of Family Planning Programs in Chile (PAHO, 1987)

ANNEX H
CUATRO CASOS CLÍNICOS

Case One

In the delivery room, the evaluation team came upon an indigenous woman of two previous normal deliveries in full labor. She was being treated on the traditional “Western” birthing table (for her, placed in a very embarrassing and uncomfortable gynecological position.) She had been admitted for about one hour. Her labor started in the village, attended to by a village midwife; just prior to delivery, the midwife had convinced the patient to seek hospital care. When the evaluation team entered with the obstetrician/gynecologist (the only one on call at the hospital), the medical resident attending to the woman responded when asked of her condition that the fetus was breach, and was dead. The obstetrician/gynecologist prepared to assist in the extraction of the feet. The resident performed the maneuver and extracted an arm. The obstetrician/gynecologist stated that the fetus was in a transverse position and the women needed to be prepared for surgery. Also present in the room was a pediatrician with a bottle of aspirin in his hand.

This woman had been referred to a health center by the village midwife, admitted to the hospital of first referral in labor, and then shipped to the regional hospital. At each point along the way, it appeared she had been attended to by a professional, none of whom had made a correct diagnosis: that the baby was transverse and dead and that a cesarian had to be performed to remove the fetus. The pediatrician’s presence typified the scenario as he weighed the diagnosis, but he had no explanation why the woman should have wound up in the delivery room. (She should have been admitted directly to the operating room—in this hospital, on a different floor and a hundred yards away.)

Case Two

In the labor room, there was only one case of childbirth underway. A 16-year-old adolescent had been admitted on her feet with no signs of labor. Upon review of the clinical history, gestation development had a number of contradictory entries: 46 weeks, 43, 36, 33, and 32 weeks of pregnancy in different forms in the same clinical history. Uterine elevation was concurrent with a full-term pregnancy. It had been 4 hours since the last controlled analysis of fetal cardiac activity and uterine evolution. An oxytocic had been administered to induce labor, but there had been no response. The nurse on duty stated that neither the diagnosis nor indications were clear, but that the obstetrician/gynecologist was handling the case. The clinical records had confusing and sporadic information.

Case Three

The evaluation team interviewed two women in the post-delivery ward who were placed two per bed with their newborns, and a professional nurse was on duty. The women would not receive a follow-up examination until being discharged from the hospital (a stay of 24 hours is usual for normal deliveries at this hospital), at which time they would receive an examination in a post-delivery review. The newborn would be examined at the same time. This schedule applied to all cases except those involving complications,

such as excessive maternal bleeding, newborn respiratory complications, or incidence of jaundice. The women were still in the street cloths in which they were admitted, sometimes with bloodstains from the delivery. When they got up to wash themselves, at times they would faint along the way to the washroom. General hygiene was quite deficient. The hot room was conducive to dehydration and during the visit no drinking water was observed nearby. The nurse said that staff was limited, and that nurses were primarily concerned with potential cases of hematomas due to episiorrhaphy or overlooked post-delivery vaginal gases.

In this hospital, episiotomies are performed as a matter of routine, even for those women with a history of prior childbearing. Shaving is often limited to the small areas of the gynecological examination. An enema is performed when and if necessary.

Case Four

The following clinical history was reviewed with the chief obstetrician/gynecologist of one of the hospitals visited by the evaluation team. A 17-year-old woman gave premature birth en route to the national hospital in the bathroom of a gasoline station. She was admitted with a dead newborn and was bleeding profusely, apparently due to lesions of the placenta; there was no admittance diagnosis performed. Her blood pressure on admittance was reported at 100/60. The physician attending to the woman indicated a D&C procedure and placed the woman under general anesthesia to do so. During the procedure, coagulations and placenta clots were extracted. Four hours later, the woman was still unconscious; in a deep coma she was transferred to the hospital in the capital where she died. The head of obstetrics/gynecology indicated that he was generally in agreement with the treatment except for the lapse of time in discovering that the woman had not awoken from the general anesthesia. He felt that the anesthesia had been administered adequately because the patient was not in shock, but perhaps an error of anesthesia could have occurred. The physician did not mention the use of oxytocics, sera or other manual procedures to assist in stopping the hemorrhaging (review, extraction of clots, bimanual compression). The blood pressure reading at the time of admission leaves some room for doubt, and there were no other vital signs evaluated before the anesthetic was administered.

ANNEX I
CARTAS DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN
PRODUCIDAS DURANTE EL VIAJE

EVALUACIÓN DE MEDIADOS DE PLAZO DE LA INICIATIVA DE
MORTALIDAD MATERNA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

M E M O R A N D U M

PARA: Dr. Mario Chavez
Plan Internacional

FECHA: 17 de agosto, de 1999

DE: Frank Sullivan y
Maria Elena Casanova

Ref.: Reunion de grupo de mujeres en Chanchalo
12 de agosto de 1999.

En relacion con la reunion que tuvimos la suerte de presenciar en Chanchalo y en respuesta a tu solicitud, las siguientes son algunas breves observaciones que comentamos contigo en esa ocasion:

- Es practicamente imposible mantener la atencion de un grupo de personas durante mas de 30 o 40 minutos. Por lo tanto, pensamos que la transmision de los mensajes podria ser mas efectiva si se planeara la reunion para durar ese lapso de tiempo.
- La recomendacion para evitar que la reunion se alargue, seria trazar un "plan de accion" (lesson plan) asignandole un tiempo especifico a cada tema del programa. Ej.: Introduccion, 3 min; presentacion de laminas, 5 min., etc.
- Durante el trabajo es importante que el mensaje central de la sesion, por ejemplo, la emergencia obstetrica y que hacer cuando se presenta, no se pierda de vista; y que las preguntas y respuestas no se desvien hacia otros temas (ej.: planificacion familiar). Cuando surgen preguntas sobre otros temas se contestan con un frase y se regresa al tema central.
- Es importante evitar que sea una sola persona quien conteste todas las preguntas de la capacitadora, tratando de preguntar dirigiendose a una persona diferente cada vez. Si la misma persona (ej.: la partera) trata de contestar a todo, se le puede decir algo como: "Si, dona Hortensia, ya sabemos que usted lo sabe muy bien, pero vamos a ver que nos dicen las senoras".

Estos son solo comentarios que pensamos que podrian hacer la comunicacion mas efectiva y hacer un mejor uso del tiempo disponible.

Te agradecemos, una vez mas tu amabilidad deseandoles el mejor de los exitos!

f. Esta cuota podría homogeneizarse en toda la Región en los centros que ofrecen dichos servicios de alta calidad.

Por lo tanto recomendamos que las clínicas materno infantiles se establecieran en el futuro teniendo muy en cuenta los siguientes parámetros:

- Mantener el sistema actual de la Clínica Materno Infantil de Siguatepeque, que permite que el 50% de sus ingresos sean administrados y manejados por la Directora y el Comité de Apoyo. Este es, sin duda, un **factor fundamental** para lograr la calidad de atención que existe ahora en ese centro de servicios.
- Identificar a las personas idóneas para dirigir dichas clínicas, o sea personas comprometidas, con una gran vocación de servicio y amor a su trabajo y a la comunidad.

Sin otro particular, agradecemos una vez más su muy amable hospitalidad y le deseamos a usted y su personal toda clase de éxitos en su trabajo.

CAMBIOS SUGERIDOS

Guia de bolsillo Para la atencion y manejo de las emergencias obstetricas Por niveles de complejidad

Agosto 1999

Nota: las siguientes son observaciones sugeridas para agregar (o modificar cuando se especifica) al texto original. Los signos de interrogacion sugieren revisar la inclusion de ese manejo, examen o procedimiento. (Se ha conservado la misma enumeracion del texto original para referirse a cada complicacion.)

1.1. Amenaza de aborto (en singular)

a) Signos:

Amenorrea

b) que hacer en Cesar, Cesamo (agregar)

Indicar reposo en cama (incluye abstinencia sexual)

Si continua o aumenta sintomatologia, referir

Si el sangrado esta comprometiendo el estado general o es abundante

referir de inmediato al nivel hospitalario

iniciar un suero con solucion salina

c) que hacer en el hospital

Si el aborto no se ha producido no es necesario aplicar inmunoglobulina anti Rh en caso de Rh(-)

Evaluar vitalidad fetal (ecosonografia)

1.2 Aborto incompleto: se sugiere no separar el manejo en menor y mayor de 12 semanas.

a) signos: agregar

Amenorrea

Sangrado leve o moderado

Tamano uterino inferior segun edad gestacional

Utero de consistencia aumentada (duro) y sensible al tacto

Cuello permeable

Puede observarse perdida de liquido amniotico

b) que hacer en Cesar...

Estimar cantidad de sangre perdida

c) que hacer en el hospital

Eliminar: Evacuar el contenido uterino por induccion con oxitocina

Control de Hb ; manejo de la anemia si corresponde

1.3 Aborto septico

a) signos

Amenorrea

Perdida de secrecion de mal olor y/o hemopurulenta

Estado general comprometido (pre shock o schok)

b) que hacer en Cesar...

Iniciar un suero : especificar tipo y dosis por minuto

Iniciar antibiotico: especificar dosis y via (igual para hospital)

c) que hacer en el hospital

Continuar con suero y antibioticos (especificar tipo, dosis y duracion)
Especificar cuales examenes hematologicos
Solicitar sangre si es necesario
Cultivo de secrecion vaginal y antibiograma
Urocultivo y antibiograma

1.4 Embarazo ectopico

a) signos..

Amenorrea

Dolor abdominal localizado en un lado, difuso o intenso si se ha roto

Puede tener signos de shock si se ha roto, es una complicacion grave.

Utero de tamano menor que el correspondiente a la amenorrea

solo hospitalario

Abombamiento del fondo de saco posterior

b) que hacer en el hospital

Evaluar estado general de la paciente

Correccion hemodinamica: especificar

Exámenes hematologicos: especificar

Examen de orina??

Ultrasonografia o prueba rapida de embarazo o pelviscopia (puncion del Doulas?) segun disponibilidad

confirmado el diagnostico: cirugia inmediata

Inmunoglobulina anti Rh....(ponerlo al final de las medidas, esta indicado en las primeras 48 horas del puerperio).

3. Embarazo Molar

a) signos..

Signos de anemia??

b) que hacer en el hospital

Prueba de funcion tiroidea??

Radiografia de torax? En esta fase?

Solicitud de sangre si es necesario

Control durante un ano: explicar que se debe controlar y como

4.1 Placenta previa

a) signos...

Sangrado vaginal indoloro que puede aumentar progresivamente o que puede desaparecer y volver a aparecer

Estado general variable dependiendo de la cuantia del sangrado puede haber shock

b) que hacer en Cesar....

Signos vitales, especialmente presion arterial y pulso

Estimar y registrar cantidad de sangre perdida (igual para hospital)

Control de LCF (igual para hospital)

Estimar edad gestacional (igual para hospital)

Correccion hemodinamica: especificar

c) que hacer en el hospital

Reposo absoluto si no hay indicacion inmediata de cesarea

Correccion hemodinamica

Sangre si es necesario

Conducta expectante segun sangrado vaginal, estado general, edad gestacional y vitalidad fetal.
Prueba de funcion renal? Esta disponible? Es necesaria?
Ultrasonografia: si es lateral evaluar posibilidad de parto vaginal
Exámenes hematológicos: especificar
Cesarea en caso de embarazo mayor de 37 semanas Y evidencia de compromiso materno fetal
Clarificar que significa indicacion obstetrica
Maduracion pulmonar si es menor de 37 semanas
Hemoglobina de control antes del alta
Reposicion de sangre si esta indicado o indicacion de hierro (indicar dosis y duracion).

4.2 DPPNI

a) signos

Sangrado vaginal leve a intenso dependiendo de la magnitud del desprendimiento (parcial, moderado o total)

b) que hacer en Cesar....

Signos vitales, especialmente presion arterial y pulso
Estimar y registrar cantidad de sangre perdida (igual para hospital)
Correccion hemodinamica: especificar

c) que hacer en el hospital

Evaluar condicion fetal
Evaluar actividad uterina
Prueba de funcion renal? Es necesaria? Esta disponible??
Exámenes hematológicos: especificar
Interrumpir el embarazo por la via mas adecuada:
via vaginal si el parto es inminente y la condicion materna lo permite
cesarea si el parto no es inminente
Control de Hb, manejo de la anemia si corresponde

5. Rotura prematura de membranas

a) signos

Perdida de liquido amniotico a traves de la vagina sin trabajo de parto
Puede haber signos de infeccion ovular
En el hospital
Hallazgo de liquido amniotico en fondo de saco posterior

b) que hacer en Cesar..

Estimar edad gestacional (igual para hospital)
Averiguar tiempo de rotura (en horas)
Signos vitales, especialmente la temperatura bucal (igual para hospital)
Iniciar antibioticos: especificar cuando, cual, dosis y via

c) que hacer en el hospital

Borrar en caso de compromiso fetal, solicitud de unidad de sangre
Cristalografia, ph de liquido si es necesario
Antibioticos: especificar cuando, cual, dosis, duracion y via
Embarazo de pretermino sin signos de infeccion:
manejo expectante
proteccion de genitales con pano limpio o esteril
control de temperatura bucal
control de LCF
maduracion pulmonar si se desencadena trabajo de parto
hacer el minimo de tactos vaginales

Embarazo de pretermino con signos de infeccion:

antibiotico: especificar tipo, dosis, duracion y via
maduracion pulmonar

inducccion del parto

Embarazo a termino sin infeccion:

esperar inicio del trabajo de parto espontaneo

Embarazo de termino con infeccion:

antibioticos: tipo, dosis, duracion y via

inducccion del parto

6.3 Infeccion del tracto genitourinario

Se sugiere diferenciar manejo de infeccion baja (cistitis) que puede ser tratado ambulatoriamente y sin referir, del manejo de una pielonefritis que requiere hospitalizacion. Especificar que con una cistitis y ante la aparicion de fiebre, compromiso general y lumbalgia la mujer debe ser referida.

6.4 Pre eclampsia

Se sugiere diferenciar entre manejo de pre eclampsia moderada y grave clarificar que un alza de 30mmHg en la sistolica y de 15mmHg de diastolica es sobre la basal (no sobre los valores previos).

Edema en manos y cara o generalizado segun gravedad.

El peso diario no se justifica especialmente en pre eclampsia grave (donde debe evitarse estímulos innecesarios)

7.2 Eclampsia

a) que hacer en Cesar

Medidas inmediatas: manejo de la crisis (proteccion de golpes, despejar via area, colocar canula o bajalenguas envuelto en gasa, medicacion sedante o anticonvulsivante: indicar tipo,dosis y via)

Referencia inmediata acompanada

Si el parto es inminente, atenderlo y referir a ambos inmediatamente despues. Estar preparado para hacer reanimacion neonatal

b) que hacer en el hospital

Evaluacion obstetrica y fetal

Resolucion inmediata del parto por la via mas adecuada

Prueba de contracciones?? Ultrasonido y perfil biofisico?? Radiografia de torax??

8. Parto pelvico

a) que hacer en Cesar...

Asegurar que la espalda rote a posicion anterior (revisar dibujo No 3, esta errado)

Una vez que se han desprendido los hombros, con una mano levante los pies y con la otra hacer presion suprapublica para favorecer la flexion y salida de la cabeza (orregir dibujo 4 y 5)

Evaluar al recién nacido y reanimar si es necesario

Clarificar cuando es necesario referir a la madre y/o al recién nacido.

9. Prolapso de cordon umbilical

a) signos..

Signos de sufrimiento fetal (LCF inferior a 120 o superior a 160 latidos por minuto)

b) que hacer en Cesar...

Evaluar condicion fetal (igual para hospital)

Determinar presentacion fetal (igual para hospital)

Explicar como se rechaza la presentacion y que es posible que si el feto esta vivo debe mantener esta maniobra durante el traslado.

Si el feto esta vivo proteger el cordon con aposito esteril son solucion salida tibia y evitar manipularlo (no tratar de introducirlo)

Canalizar vena??

c) que hacer en el hospital

Exámenes de laboratorio??

Solicitud de sangre??

Oxigeno si se dispone

Atencion de parto si es inminente

Si el feto esta vivo y el parto no es inminente, mantener rechazo de la presentacion hasta cesarea

Si el feto esta muerto , evaluar condiciones obstetricas para induccion/conduccion y parto vaginal o cesarea

10. Se sugiere cambiar - Parto de pretermino- por Amenaza de parto de pretermino-

a) signos

Inicio de dinamica uterina entre las 20 semanas y 37 semanas de gestacion

b) que hacer en Cesar

Canalizar vena: especificar tipo de suero y dosis por minuto

Control de dinamica y LCF (igual para hospital)

Correccion del estado hemodinamico??

En caso de parto inminente, evaluar al RN y decidir si es necesaria la referencia (si esta sano, explicar a la madre sobre los cuidados para mantener la temperatura y en relacion a alimentacion)

c) que hacer en el hospital

Uteroinhibicion: especificar medicamento, dosis y via

Especificar que es tratamiento esteroidales: (maduracion pulmonar?) cuando, tipo de corticoides, dosis y via.

11. Se sugiere cambiar - Parto prolongado- por Trabajo de parto prolongado

a) signos..

Agregar al 2o y 3er signo que es en fase activa.

En general no hay progreso de la dilatacion con trabajo de parto activo

b) que hacer en Cesar...

Confirmar que la mujer esta en trabajo de parto activo

Descartar que la mujer este deshidratada o hipoglicemica (sin comer en las ultimas horas) . Corregir si es necesario y volver a evaluar

Control de LCF y evaluacion de actividad uterina

Referir si las condicones se mantienen

Clarificar el parrafo final de esta pagina (67)

12. Rotura uterina

a) que hacer en Cesar...

Canalizar vena: especificar

Signos vitales, especialmente presion arterial y pulso

Evaluacion de vitalidad fetal (igual para hospital)

Sacar correccion del estado hemodinamico (incluida en canalizar vena)

b) que hacer en el hospital

Ultrasonografia y Rx?? Y Exam. de laboratorio?? (Con excepcion de grupo y Rh y Hb, pareciera que otros exámenes no tienen sentido dada la urgente resolucion que requiere su manejo)

Control de diuresis

Control de Hb post operatorio, manejo de anemia si es necesario:
especificar

13. Retencion placentaria

a) signos..

Sangrado abundante despues de la salida del nino (excepto si es una placenta acreta total)

Utero blando o hipotonico

Puede haber signos de infeccion en casos de partos en domicilio

b) que hacer en Cesar..

Explique a la mujer lo que esta pasando y lo que va a hacer

Iniciar un suero fisiologico 500 cc mas 20 unidades e oxitocina, goteo rapido hasta obtener respuesta, luego continuar con suero oxicotico de mantencion 30 – 40 gotas por minuto hasta asegurar mantencion de la contraccion uterina.

H acer un masaje suave en el fondo del utero para estimular contraccion

Hacer estimulacion de pezones o idealmente poner al pecho al recien nacido

Hacer traccion suave y sostenida del cordon para

Inicio de antibioticos solo SI hizo extraccion manual o hay signos de infeccion: especificar tipo, dosis, duracion y cantidad. (igual para hospital)

Control de retraccion uterina

Control de presion arterial y pulso

Control de Hb, indique hierro (especificar dosis y duracion) o refiera si necesita transfusion

c) que hacer en el hospital

Lo mismo que Cesar mas control de Hg y transfusion si fuera necesario

Manejo de complicaciones (histerectomia) o referencia a un nivel de mayor complejidad con vena canalizada (velocidad de goteo de acuerdo al estado de la mujer), paciente abrigada y en posicion de Trendelemburg.

13.2 Retencion de restos placentarios

a) Signos

Retencion de restos placentarios o de membranas ovulares

Contraccion y retraccion uterina insuficiente

Puede haber signos de infeccion en partos en domicilio

b) que hacer en el hospital

Cambiar - exploracion ginecologica – por revision manual de cuello y utero. Legrado si persiste sangrado o retencion de restos

Exam. hematologicos: especificar cuales (Hb?)

Transfucion si es necesario (Hb bajo.... usar norma)

13.3 Trauma genital (Se suguiere agregar Laceraciones o desgarros)

a) que hacer en Cesar...

Revision del canal del parto: identificar el sitio del desgarro: vaginal, vulvar o cervical

Canalizar vena: especificar

Especificar que tipo de desgarro sera resuelto en este nivel y cual referido. Tambien indicar compresion del desgarro durante el traslado si el sangramiento es abundante y posicion de Trendelemburg

(Se suguiere agregar unos dibujos con la tecnica de sutura)

13.4 Atonia uterina (se suguiere agregar e Hipotonia)

a) que hacer en Cesar... (igual para el Hospital)

Control de signos vitales, especialmente presión arterial y pulso

El suero idealmente debe ser fisiológico (para evitar riesgo de intoxicación por agua) 500cc más 20 unidades de oxitocina A CHORRO

Asegurar que la vejiga está vacía, hacer vaciamiento vesical con sonda simple si es necesario.

Masaje externo uterino y expresión de coágulos

Si no hay respuesta rápida hacer compresión bimanual externa, si no hay respuesta rápida hacer compresión bimanual interna (si está entrenado).

Si no hay respuesta uterina y el sangrado continúa referir de inmediato, durante el traslado debe mantener la compresión bimanual externa y una vena canalizada.

Si hay respuesta uterina, mantener la infusión oxitóxica con 30-40 gotas por minuto hasta estar seguro que el útero se mantiene contraído (globo de seguridad).

Estimar cantidad de sangre perdida

Referir si se sospecha que necesita transfusión

c) que hacer en el hospital

Descartar restos placentario/ovulares y desgarros

Vaciamiento vesical con sonda simple si es necesario

Masaje uterino y expresión de coágulos

Compresión bimanual externa e interna si no hay respuesta

Borrar exploración ginecológica o explicar con qué fin lo va a hacer

Estimar cantidad de sangre perdida

Control de Hto o Hb

Transfusión si es necesario o indicación de hierro (dosis, duración y vía)

Se sugiere incluir un dibujo que muestre la compresión bimanual externa

Si no hay respuesta o es insuficiente y el sangrado persiste, referir al nivel de mayor complejidad para cirugía. Durante el traslado mantener vena permeable, posición de Trendelenburg, paciente abrigada, compresión bimanual externa y compresión de la aorta si fuera necesario.

13.5 Inversión uterina

a) signos

Se sugiere poner en primer lugar - Visualización del útero invertido en vagina o fuera de ella durante el alumbramiento o como consecuencia de este

b) que hacer en César...

Sugiero retirar inicio de tratamiento antibiótico (es recomendable hacerlo una vez que se resolvió el cuadro)

Corrección del estado hemodinámico (poner todo junto, está en dos puntos en el texto): clarificar tipo de suero, cantidad total y por minuto

El dibujo de la página no está claro si representa la protección del útero con paño húmedo o es la reducción de la inversión (más parece esta última)

Dependiendo del grado de inversión: si es leve, reducción inmediata (explicar procedimiento) para evitar el shock y desprendimiento manual de placenta si aún estaba adherida. Si es total, referir de inmediato protegiéndolo con paño estéril y húmedo (solución fisiológica tibia)

c) que hacer en Hospital

Exam. de laboratorio?? Cuáles y en qué momento

Evaluación y corrección del estado hemodinámico: especificar

Infusión oxitóxica : especificar tipo de suero (idealmente fisiológico), cantidad de oxitocina, dosis y vía.

Tratamiento antibiótico: especificar

15. Se sugiere cambiar - Sepsis puerperal- por Endometritis (corresponde mejor al manejo descrito)

a) que hacer en César...

Control de signos vitales especialmente temperatura bucal

Inicio del tratamiento antibiótico: especificar tipo, dosis y vía

Borrar inicio con antipireticos (puede confundir la evolucion del cuadro)

Si la fiebre es muy alta, usar medios fisicos como panos frios.

b) que hacer en el hospital

Legrado: explicar cuando debe ser hecho

Exam disponibles: prueba de funcion renal: Es necesaria en todos los casos de infeccion puerperal?? (igual comentario para prueba de coagulacion, prueba de funcion hepatica y hematologico): especificar en que condicones deben ser solicitados

Cultivo de secesion y antibiograma

Tratamiento con antibioticos: explicitar tipo, dosis, duracion y via.

16. Shock septico

a) signos...

Se sugiere ordenar los signos de menor a mayor gravedad

b) que hacer en Cesar

Especificar suero y antibioticos: tipo, dosis y via

17. Shock hipovolemico

a) signos

Se sugiere poner al comienzo – sangrado visible... (aparece al final en el original)

b) que hacer en Cesar (igual para el hospital)

Identificar la causa del sangrado (retencion placentaria o de restos ovulares, atonia uterina o desgarros)

Proceder de acuerdo a la causa identificada

Canalizar vena: especificar tipo de suero y cantidad por minuto

Tratar de estimar a traves de familiares/acompanantes y observacion directa la cantidad de sangre perdida

18. Emergencias del recién nacido

Se sugiere separar las diferentes emergencias descritas como asi mismo los manejos.(hipoxia, pretermino, bajo peso, macrosomico y otras: especificar). Especialmente el manejo de la depresion neonatal, describiendo paso a paso la reanimacion cardiopulmonar inmediata sin necesidad de intubacion ni medicamentos (para el nivel Cesar) con la cual se recupera el 80% de los ninos nacidos con hipoxia.

RECOMENDACIONES GENERALES

Procurar que tanto la descripcion de los signos y sintomas como el manejo (ya sea en Cesar/Cesamo u Hospitales) mantengan la misma logica y orden en que deben ser identificados y realizados.

Procurar que la descrpcion de los manejos sea muy precisa, especialmente en lo que se refiere a medicamentos y procedimientos.

Evaluar la conveniencia de solicitar un examen o efectuar un procedimiento en terminos de su real utilidad y verdadera disponibilidad o destreza para realizarlo.

Asegurar que todos los procedimientos indicados esten descritos, ya sea en el mismo parrafo o en un anexo si es muy extenso

Revisar e incluir en esta guia los flujogramas de manejo de las complicaciones que aparecen al final del documento “Normas de Manejo de Emergencias y Patologias Obstericas para el Nivel Institucional” Tegucigalpa, M.D.C. Febrero, 1999

ANNEX J
BIBLIOGRAFÍA

Maine, Deborah and Allan Rosenfield; "The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled" in *The American Journal of Public Health*; Vol. 89, No. 4; April, 1999.

Melendez, Jorge, Yanira Villanueva, Isabella Danel, Paul Stupp; Presentation: Measuring Maternal Mortality in Honduras: Findings from the 1997 Reproductive Age Mortality Study and Implications for Maternal Mortality Surveillance; presentation to CDC Atlanta; 1998.

Ministerio de Salud Pública Y Previsión Social- (Bolivia), Unidad Nacional Atención a la Mujer y el Niño; Informe de la Línea de Base del Proyecto, Mejoramiento de la Calidad del Cuidado Obstétrico Esencial; La Paz, Bolivia; November, 1998.

Ministeria de Salud (Perú); Presentation: Medida Adoptadas Para Reducir La Mortalidad Materna; (undated).

_____; Lineamientos de Política Para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal en el Perú; (undated).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi; Informe de Actividades Desarrolladas en la Provincia de Cotopaxi, Proyecto de Mejoramiento de Calidad de la Atención Obstétrica Esencial Cotopaxi 1999; by Susan Moscoso J; Latacunga, Ecuador; Agosto, 1999.

_____; Informe de Actividades Desarrolladas en la Provincia de Cotopaxi, Proyecto de Mejoramiento de Calidad de la Atención Obstétrica Esencial Cotopaxi 1999; (undated).

_____; Discussion document: Sistema de Monitoréo de Calidad de la Atención Obstétrica Esencial; Cotopaxi; Junio, 1999.

_____; Difusión de Normas Nacionales Sobre Atención Obstétrica Esencial (Capitulo Emergencias Obstétricas); Cotopaxi; Marzo, 1999.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, Centro de Salud de Latacunga- Area 1; Diseño de Calidad del Control Prenatal de la Paciente Obstétrica en el Centro de Salud de Latacunga- Area 1; Latacunga, Ecuador; (undated).

Ministerio de Salud Publica; Plan de Gobierno en Salud Lineamientos Generales 1998-2002; Quito, Ecuador, (undated).

_____; Situación de la Salud in Ecuador, Indicadores Básicos por Provincias, Quito, Ecuador; Edición 1997.

_____; Situación de la Salud in Ecuador, Tendencias de la natalidad y mortalidad, 1987-1997; Quito, Ecuador; Edición 1998.

- _____; Ley Reformativa de Maternidad Gratuita; Quito, Ecuador; August, 1998.
- _____; Dirección Nacional de Fomento y Protección de La Salud; Informe de la Línea de Base Institucional del Proyecto- Mejoramiento de la Calidad del Cuidado Obstétrico Esencial; Quito, Ecuador; Noviembre, 1998;.
- _____; Declaración Nacional de la Ejecución del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna; Quito, Ecuador; Enero, 1998.
- _____; Creation of the National Program for the Reduction of Maternal Mortality; Quito, Ecuador; Junio, 1999.
- Ministerio de Salud Pública (El Salvador); Plan Nacional de Salud Reproductiva 1999-2003; San Salvador, El Salvador; Abril, 1999.
- _____; Elaboración de Una Propuesta Metodológica Para la Construcción y Desarrollo de Circulos de Calidad en Hospitales Nacionales del Área Metropolitana de San Salvador; San Salvador, Julio, 1999.
- MotherCare; Trip Report, January 18-22, 1999 by Elena Hurtado; Tegucigalpa, Honduras.
- _____; Monthly Report; October, 1997.
- _____; Monthly Report; November, 1997.
- _____; Monthly Report; December, 1997.
- _____; Monthly Report; January, 1998.
- _____; Monthly Report; February, 1998.
- _____; Monthly Report; April, 1998.
- _____; Monthly Report; May, 1998.
- _____; MotherCare Matters; Volume 6, No. 4; October, 1997.
- _____; MotherCare Matters; Volume 8, No. 1; May, 1999.
- _____; Policy Brief 1: Essential Obstetric Care and Subsets-- Basic and Emergency Obstetric Care: What's the Difference?;
- _____; Policy Brief 2: Safe Motherhood Indicators-- Measuring Progress.

MotherCare-PLAN Internacional; Informe de Los Autodiagnosticos con Parejas de las Comunidades; Latacunga; Ecuador; Septiembre, 1998.

_____; Curriculum de Capacitación para Promotores de Salud y Parteras; (undated).

_____; Equipo de Diseño de Calidad Comunitario; August, 1998.

_____; Cuidado Esencial Obstétrico, Cotopaxi, Ecuador; Propuesta de Trabajo Octubre, Noviembre, Diciembre; Cotapaxi, Ecuador; Septiembre, 1998.

OPS/OMS-Ecuador; Informe de Avance Iniciativa Para la Reducción de La Mortalidad Materna; (undated).

_____; Presentation: Iniciativa Para Reducción de la Mortalidad Materna; (undated).

_____; Presentation: Programa de Salud Materno Perinatal; (undated).

Organización Panamericana de la Salud; La Salud en las Americas, Edición 1998. Washington, D.C.; 1998.

_____; Modulo Auto-Instruccional Para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna; Washington, D.C.; Junio, 1998.

_____; Primer Borrador, INFORME; Reunión Para Gerentes Nacionales de Salud Materna de los 11 Países del Proyecto Cuidados Obstétricos Esencial; Roatan, Honduras; Julio, 1998.

_____; Séptima Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de Las Americas; Programa de Disminución de la Mortalidad Materna, Informe de Seguimiento; Panamá, República de Panamá, Octubre, 1997.

_____; 8a Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de Las Americas; Programa de Reducción de Mortalidad Materna; Santiago, Chile; Septiembre, 1998.

_____; Informe del Taller, Fortaleza, Ceará, Brasil, 14-18 Diciembre 1998 by Carol Collado.

Pan American Health Organization; Intensive Implementation of the Basic Emergency Obstetric Care (BEOC)- Aspects of the Regional Plan for Reduction of Maternal Mortality; Proposal of the Pan American Health Organization to the United States Agency for International Development, 1997-2001; Washington, D.C.; (undated).

_____; Final Report- Planning Meeting of the Task Force for the Interagency Coordination Committee for the Americans; Washington, D.C.; February, 1999.

_____; Evaluación del Plan de Acción Regional Para la Reducción de la Mortalidad Materna; Washington, D.C.; Febrero, 1996.

_____; Guidelines for Maternal Mortality Epidemiological Surveillance; edited by Berg, C., Isabella Danel, Germán Mora; Washington, D.C.; February, 1998.

_____; Health Situation in the Americas/ Basic Indicators 1998. Washington, D.C.,

_____; Leading Pan American Health, Quadrennial Report of the Director, 1994-1997; Washington, D.C.; September, 1998.

_____; Marco Regulatoria de la Maternidad Segura y Emergencia Obstétricas; HDD/HPF, 1998.

_____; Monitoring of Project Implementation: a Manual; Washington, D.C., February, 1999.

_____; Report on progress in implementing the Health Initiative; Equitable access to basic health services; Summit of the Americas, 1994; Washington, D.C.; (undated).

_____; IV Reunión de GACT del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas; Rep. Dominicana, Abril, 1998.

_____; 25th Pan American Sanitary Conference, 50th Session of the Regional Committee; Resolución SCP25.R13; Population and Reproductive Health; Washington, D.C.; September, 1998.

_____; Report of the Ninth Conference of Wives of Heads of State and Government of the Americas; Progress Report; (undated.)

_____; Strategic and Programmatic Orientations, 1999-2002; Washington, D.C.; 1999.

PLAN Internacional- U.R.C / CHS; Encuesta Diagnóstico Sobre Conocimientos, Prácticas y Cobertura de Parteras Comunitarias; Salcedo, Ecuador; Marzo, 1999.

_____; Programa de IEC, Estrategias de Capatación a Parteras y Promotores, Resumen Ejecutivo; Cotopaxi, Ecuador; (undated).

PRODIM; Diagnóstico Comunitario de Algunas Localidades de la Regional de Salud No. 2; Tegucigalpa, Honduras; Julio, 1998

_____; Propuesta de Movilización Social en Emergencias Obstétricas; Tegucigalpa, Honduras; Noviembre, 1998.

_____; Plan de Capacitación en Cuidados Obstétricos Esenciales para La Red Comunitaria de Agentes de Salud; La Paz, Honduras; Septiembre, 1998.

QAP/ Ecuador; Iniciativa a LAC Para la Mortalidad Materna, Descripción del Proyecto; Quito, Ecuador; Diciembre, 1997.

_____; Presentation; Proyecto Mejoramiento de la Calidad del Cuidado Obstétrico Esencial; Cotopaxi, Ecuador; (undated).

QAP/ Honduras; Manual Para la Consejería en Señales de Peligro del Embarazo, Parto y Postparto; Familias Sanas y Felices; by Dra. Norma Aly L.; Tegucigalpa, Honduras; Mayo, 1999.

_____; Manual de Laminas Sobre Señales de Peligro del Embarazo, Parto y Postparto; Familias Sanas y Felices; Familias Sans y Felices; Tegucigalpa, Honduras; (undated).

_____; Memoria de Taller de Planeación Estratégica de la Municipalidad de El Rosario/Comité de Salud Esperanzas del Futuro ; Comayagua, Honduras; Junio, 1999.

_____; Taller de Capacitación en Planeación Estratégica de la Municipalidad de Ajuterique; Comayagua, Honduras; June, 1999.

Secretaria de Salud Pública; Informe de la Línea de Base Institucional del Proyecto Mejoramiento de la Calidad del Cuidado Obstétrico Esencial; Tegucigalpa, Honduras; Noviembre, 1998.

Secretaría de Salud, Dirección General de Riesgos Poblacionales, Departamento de Salud Materno Infantil, Comisión Nacional de Maternidad Saludable; Plan Nacional Para la Reducción de la Mortalidad Materna; Tegucigalpa, Honduras, Abril, 1998.

_____; Secretaría de Salud, Dirección General de Riesgos Poblacionales, Departamento de Salud Materno Infantil, Unidad de Atención a la Mujer; Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer; Tegucigalpa, Honduras; Septiembre, 1998

Secretaría de Salud, Regional Sanitaria #2, Hospital Regional Santa Teresa; Reglamento Estrategia de Voluntariado Para el Hospital Regional Santa Teresa; Comayagua, Honduras; Junio, 1999.

_____; Vision and Mission Statement; prepared by José de J. Pineda Arriaza; Comayagua, Honduras; Enero, 1999.

_____; Taller Nacional de Planificación Estratégica Para el Abordaje de la Garantía de Calidad de los Servicios de Salud; Tegucigalpa, Honduras; Mayo, 1999.

University Research Corporation Quality Assurance Project; First Rapid Survey for the Three Countries and Second Rapid Survey for Honduras and Ecuador; June, 1999.

_____; Report on Rapid Survey at Health Facilities in Cotopaxi (Ecuador), Comayagua (Honduras) and San Julian (Bolivia); November, 1998.

_____; Trip Report, Ecuador: May 3-11, 1998 by Miguel A. Zuniga.

_____; Trip Report, Bolivia: May 11-15, 1998 by Barbara Kerstiens.

_____; Trip Report, Bolivia: August 24-28, 1998 by Stephane Legros, Barbara Kerstiens, and María Sanchez.

_____; Trip Report, Ecuador: September 24-25, 1998 by Patricio Ayabaca, Marco A. Pino and María Sánchez.

_____; Trip Report, Bolivia: February 3-7, 1999 by Stephane Legros.

_____; Trip Report, Honduras: February 8-13, 1999 by Stephane Legros and Collen Conroy; March, 1999.

_____; QAP Accomplishments in Quality Design Activities for the LAC/Initiative to Reduce Maternal Mortality; (undated).

_____; Accomplishment Document; Quality Assurance Project Interventions and Approach: Bolivia-Ecuador-Honduras; March, 1999.

_____; Institutionalization Report and Plan; Report Period 4/1/97- 9/97.

_____; Institutionalization Report and Plan; Report Period 10/1/97- 3/30/98.

_____; Institutionalization Report and Plan; Report Period 4/1/98- 9/30/98.

_____; Institutionalization Report and Plan; Report Period 10/1/98- 3/31/99.

_____; Noticias;- Noticias del Proyecto de Garantía de Calidad; Vol. 8, Numero 1; Abril, 1999.

_____; Quarterly Report; Oct. 1997- January, 1998.

_____; Quarterly Report; Oct.- December, 1998

_____; Quarterly Report; January, 1999- March, 1999.

_____; Workplan, 1999.

UNICEF; National campaign materials of Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna; Quito, Ecuador; April, 1998.

Universidad de Cuenca, Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; Plan de Actividades y Compromisos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca Con el Objetivo de Constituirse en Centro Colaborador de Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; Cuenca, Ecuador; Agosto, 1999.

United States Agency for International Development; Results Review and Resource Request (R-4); LAC Regional Program; FY 1999-2001; Washington, D.C., March, 1999.

_____; LAC Maternal Mortality Initiative Project Description; (undated).

USAID/El Salvador; Matriz de Actividades de Apoyo a la Salud Reproductiva (SR); internal document; San Salvador, El Salvador; (undated)

WHO/UNICEF/UNFPA; Americas Region Consultation on Maternal Mortality Estimates; Washington, D.C.; April, 1998.

ANNEX K

**INDICADORES SUGERIDOS PARA EL MONITOREO
Y EVALUACIÓN DEL PGC**

LINEA DE BASE

En base a la informacion recogida se elaboro una linea de base con 22 indicadores.

Los criterios para definir unidades de AOE, no incluyen cumplimiento de la Norma especialmente en el manejo de las principales complicaciones obstetricas y neonatales.

La definicion de los establecimientos de AOE basicos no incluye:

- deteccion de anemia; deteccion de complicaciones (HIE, sangrado ante, durante y despues del parto; parto obstruido; sepsis y asfixia neonatal)
- monitoreo del trabajo de parto (uso del partograma)
- compresion bimanual externa e interna
- revision manual
- administracion de sueros endovenosos
- atencion inmediata del recien nacido
- reanimacion neonatal

INDICADORES

- No todos estan midiendo la intervencion en terminos de mejorar el acceso y AOE.
- Algunos se pueden incluir en un indicador mas amplio
- Algunos no tienen relacion con la intervencion
- Uno de ellos no es un indicador (numero de nacimientos esperados)
- La mortalidad materna es una tasa que tiene significacion en una poblacion mas que en un establecimiento. La tasa de letalidad que tambien esta incluida es un indicador mas adecuado.

Se sugiere reducir el numero indicadores a los siguientes

- 1) Igual al propuesto pero se sugiere expresarlo como proporcion. Para el numerador se requiere de una definicion de las actividades especificas que debe efectuar el establecimiento de AOE basica y establecimiento de AOE comprehensiv.
- 2) Cobertura de control de embarazo: Numerador es el numero de embarazadas atendidas al menos en tres controles y, el denominador el numero de embarazadas estimadas para el periodo.
- 3) Cobertura de partos: Partos asitidos versus partos esperados
- 4) Igual al propuesto. Revisar la fuente de datos, debe ser del registro de egresos
- 5) Igual al propuesto. Revisar la fuente de datos, puede ser el libro de ingresos
- 6) Igual al propuesto. Revisar la fuente de datos, quizas sea necesario hacer una adecuacion para registrar el dato.

- 7) Proporción de complicaciones obstétricas y neonatales adecuadamente manejadas. La fuente de información: revisión de los casos materno y neonatal complicados. Numerador: número de complicaciones obstétricas y neonatal seleccionadas manejadas según la norma. Denominador: total de complicaciones maternas y neonatal.

Se sugiere empezar con las 4 principales causas de mortalidad materna (HIE, hemorragia, parto obstruido y sepsis en la madre y, con asfisia neonatal en el recién nacido). Una vez que el proceso se ha establecido se amplía a las otras complicaciones menos frecuentes.

Manejo adecuado es aquel que haya aplicado la norma.

- 8) Proporción de partos con uso correcto del partograma. Fuente: Historias clínicas. Numerador: número de parturienta con partograma correctamente llenado. Denominador: total de egresos por parto o cesarea

Egresos que no se incluyen en el denominador: cesarea electiva, la mujer que ingresa en expulsivo.

- 9) Proporción de cesareas resueltas en el hospital. Numerador número de mujeres a las que les indicó una cesarea y debieron ser referidas. Denominador: número de mujeres a las que se les indicó y efectuó la cesarea en el mismo establecimiento.

- 10) Proporción de personal que se siente seguro y con confianza para identificar y manejar complicaciones obstétricas y neonatales seleccionadas.

Fuente: Encuesta a todo el personal que atiende a embarazada y parturientas.

Numerador: Número de personas que brindan control de embarazo y atienden partos que expresan sentir seguridad y confianza en el manejo de complicaciones seleccionadas. Denominador: total de personas que atienden a embarazadas y parturientas.

Se requiere de definir un listado de acciones, destrezas y procedimientos implícitos en el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales de acuerdo a la Norma.

Se sugiere comenzar con las 4 causas más frecuentes de mortalidad materna y con asfisia neonatal.

- 11) Igual al 11 de la propuesta original. Se sugiere incluir en la prueba de conocimientos, causas de sangrado, manejo de pre-eclampsia y sepsis, identificación de signos y síntomas, interpretación de la gráfica del partograma.

- 12) Proporción de meses con abastecimiento suficiente de medicamentos, equipo e insumos para el manejo de complicaciones obstétricas seleccionadas. Numerador:

Numero de meses con abastecimiento completo de medicamentos, equipo e insumos seleccionados. Denominador: 12 meses.

Se requiere elaborar un listado de todos los medicamentos, equipo e insumos necesarios para el manejo de complicaciones seleccionadas, segun la Norma.

Se sugiere empezar con los medicamentos e insumos necesarios para el manejo de las 4 principales causas de muerte materna y, la asfixia neonatal.

13) Tasa de letalidad perinatal hospitalaria. Numerador: Muerte fetal o neonatal ocurrida despues del ingreso de la embarazada al hospital. Denominador: numero de recién nacidos del hospital en el mismo periodo.

Esta es una version de la estructura de la tasa de mortalidad perinatal, que sera util para evaluar el manejo hospitalario perinatal.

Se recomienda usar el periodo comprendido entre las 28 semanas de gestacion y los 7 primeros dias de vida del recién nacido.

ANNEX L

**SUGERENCIAS EN EL INFORME DE DATOS
DE BASE DEL PGC (ECUADOR)**

Monitoreo y Evaluacion

El documento “Informe de la Linea de base institucional del proyecto mejoramiento de la Calidad del Cuidado Obstetrico Esencial” de la provincia de Cotopaxi – Ecuador, Junio, 1999

Explicita la mision del QAP en mejorar la calidad de los servicios que prestan AOE, asesorando el desarrollo, implementacion y comunicacion de estandares a traves de capacitacion y otros mecanismos. Monitorear el cumplimiento de los estandares y los resultados de los cuidados. Implementar metodos institucionizados de mejoramiento de calidad y resolucion de problemas.

Linea de Base

En Ecuador la informacion fue recogida en 6 establecimientos de salud de la provincia de Cotopaxi y, la intervencion es en 3 con una poblacion total de 133.785 habitantes.

En Honduras la informacion se recogio en los 6 municipios en que esta la intervencion del proyecto con una poblacion de 171,494 habitantes.

Instrumentos utilizados para coleccionar datos/ observaciones de cada uno

Encuesta rapida

Se han realizado dos oportunidades en cada pais. No parece clara la razon de la segunda encuesta en circunstancias que el proyecto no ha intervenido aun en los aspectos que son encuestados.

No se incluye informacion sobre disponibilidad para efectuar examen de grupo y Rh, Hematocrito o Hemoglobina y disponibilidad de equipamiento para efectuar cesareas, histerectomias y legrados. Tampoco disponibilidad de formularios de Partograma.

Hoja de registro para el estudio de historias clinicas:

En Referencia o autoreferencia no se consignan los signos sintomas detectados y si se hizo algun tratamiento o manejo antes de la referencia

En Ingreso no aparecen signos y sintomas detectados, solo el diagnostico (con ambas informaciones es posible evaluar consistencia y exactitud del diagnostico)

La condicion al ingreso para la madre no especifica si estando viva, esta sana o con complicaciones. Lo mismo para el estado del feto o recién nacido (evitar el termino producto para referirse al bebe)

En registro de signos vitales es necesario anotar los valores y no solamente si se tomaron (para evaluar si estaban en los rangos normales y si el manejo fue consistente con estos

hallazgos). Llama la atención que se especifique “no tomar en cuenta los registros de enfermería”

En complicaciones no se determina si se hizo un diagnóstico y si es concordante y esta completa según los hallazgos (no hay espacio en el formulario para escribir esta parte solo lo hay en caso de muerte materna).

Se incluye un listado de complicaciones donde no están incluidas: anemia, trabajo de parto prolongado, distocia de presentación, retención de restos placentarios, atonía uterina y desgarro vaginal.

Solo se especifica con detalle el procedimiento de de pre-eclampsia / eclampsia y no se evalúa si fue adecuado.

En los procedimientos no está masaje uterino y expresión de coágulo, compresión bimanual externa/interna y revisión manual.

En caso de Labor (trabajo de parto)

No se consigna interpretación de la gráfica en el partograma ni el plan a seguir.

No se consignan complicaciones durante el parto y post parto

Encuesta de Conocimientos, actitudes y prácticas obstétricas

En el entrenamiento no se especifica si la capacitación incluyó práctica con aplicación de destrezas.

Permite medir algunos conocimientos, pero no actitudes y prácticas.

Hoja de Observación para Normas de Bioseguridad

En general está diseñada como un inventario de la infraestructura para lavado de manos y disponibilidad de guantes, ropa y material esterilizado. No tiene información sobre cumplimiento de normas de bioseguridad en el manejo de sangre y fluidos corporales. Manejo de material cortopunzante, lavado y desinfección de guantes y equipo, previo a la esterilización, limpieza de superficies, eliminación de desechos, preparación y uso de solución con cloro, etc.

Observación directa de la realización de cesárea o parto

Esta referida a la observación de algunas técnicas de asepsia y antisepsia exclusivamente. No incluye observación de técnicas de atención del parto, alumbramiento, post parto y del recién nacido.

Encuesta para la medición de satisfacción de la usuaria

Podrian incluirse preguntas como si sintio que la escucharon con atencion, si hubiera deseado un trato diferente, como? y si volveria al hospital o recomendaria hacerlo a sus familiares o amigas.

Instrumento para verificacion de Kardex de medicamentos

Esta dirigido a conocer la disponibilidad anual y mensual de los medicamentos Pitocin (oxitocina) y Methergin exclusivamente. No se incluyen otros insumos y medicamentos basicos para el manejo de las principales complicaciones maternas y de la asfixia neonatal. Sin embargo la mayoria de estos medicamentos estan incluidos en la encuesta rapida aunque alli solo se pregunta si hay o no en el establecimiento y no su disponibilidad regular.

Registro de Cesareas

La pregunta de si la indicacion de la cesarea esta registrada, se incluye en el rubro siguiente. En cambio no se pregunta si estuvo bien indicada.

Formulario de resumen de datos hospitalarios

En las causas de complicaciones obstetricas y muertes maternas aparece hemorragia ante y postparto como un solo diagnostico. Esta agrupacion no permite identificar la causa de la hemorragia y por tanto definir definir intervenciones especificas futuras.

En el total se clasifican las causas como obstetricas mayores (?) y otras causas obstetricas. Es recomendable utilizar la clasificacion internacional de tipo de causas de mortalidad materna: directas, indirectas y no relacionadas.

En ninguno de los instrumentos se incluyo informacion sobre la disponibilidad de anestesista, equipo e insumo de anestesia y, disponibilidad de sangre (banco u otra fuente).

ANNEX M
DIAGRAMA DE AOE

Atencion Obstetrica Esencial (AOE)

el QUE

Elaborar una “definicion operativa” de los componentes de EOC que incluya especificamente:

- acciones
- destrezas clinicas
- medicamentos
- equipamiento
- insumos
- necesarios para brindar una AOE de las 4 causas mas frecuentes de mortalidad materna e hipoxia en el recién nacido

el DONDE:

- Definir en base a la situacion real del campo los establecimientos donde cada una de las acciones debe ser brindada.
- Un establecimiento de Salud con capacidad de brindar AOE debe dar atencion las 24 horas del dia, ser accesible y asequible, con el personal capacitado en AOE (conocimientos y destrezas de la “definicion operativa”) y disponer regularmente de la dotacion de medicamentos, equipo e insumos (segun la “deficion operativa”)vsegun deftener ui. EOadr que brinda Ae c

el COMO:

Mejorar la identificacion de signos de peligro en la comunidad, fomentar la consulta oportuna y asegurar el transporte expedito.

Mejorar la calidad de respuesta de los establecimientos de salud mediante:

- Capacitacion a los proveedores de salud para mejorar los conocimientos y destrezas clinicas.
- Implementacion de un sistema logistico para asegurar la disponibilidad de medicamentos, equipamiento e insumos.
- Monitoreo de la calidad de esta atencion
- Implementacion de un sistema de produccion y recoleccion de datos y analisis de la informacion
- Implementar normas de atencion materna y neonatal y politicas que asuguren la entrega de AOE

el RESULTADO

Mejorar la entrega de AOE

RESPONSABLES

Del resultado: QAP/JSI y OPS

De las actividades en la comunidad: JSI

De las actividades en los establecimientos de salud: QAP

De las actividades en los Ministerios de Salud: OPS

INDICADORES:

Estructurar indicadores que midan las actividades en la comunidad, en los establecimientos de salud y en los Ministerios de Salud.

La “definición operativa” será el ámbito de referencia para definir las actividades a realizar en la comunidad (identificación de las señales de peligro, transporte expedito y acceso oportuno), en los establecimientos (agil acceso y manejo clínico adecuado) y en los Ministerios de Salud (normas y políticas de salud que aseguren el cumplimiento de estas actividades).